تربية الطفل المعاق



تأليف
صبحي سليمان

تربية
الطفل المعاق

الناشر: دار الفاروق للاستثمارات الثقافية

العنوان: ١٢ ش الدقي – منزل كوبري الدقي – اتجاه الجامعة – الجيزة – مصر

تليفون: ٠٠٢/٠٢/٧٦٢٢٨٣٠ – ٠٠٢/٠٢/٧٦٢٢٨٣١ –
٠٠٢/٠٢/٧٦٢٢٨٣٢ – ٠٠٢/٠٢/٧٤٨٠٧٢٩ –
٠٠٢/٠٢/٧٤٩١٣٨٨

فاكس: ٠٠٢/٠٢/٣٣٨٢٠٧٤

فهرسة أثناء النشر/ إعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية. إدارة الشئون الفنية.

سليمان، صبحي

تربية الطفل المعاق / صبحي سليمان؛ – ط ٠١ – الجيزة: دار الفاروق للاستثمارات الثقافية، ٢٠٠٦

٢٥٦ ص، ١٧ × ٢٤ سم.

تدمك ٣-٠٦-٤٠٨-٩٧٧

١- المعوقون – رعاية وعلاج

أ- تربية الطفل المعاق

ديوي ٣٦٢,٧٨

رقم الإيداع ٢٠٠٦/٢٣١٨٠

تدمك ٣-٠٦-٤٠٨-٩٧٧

تحذيـــر

العنوان الإلكتروني:
www.daralfarouk.com.eg

الطبعة العربية الأولى ٢٠٠٧

تربية
الطفل المعاق

تأليف
صبحي سليمان

مقدمة

لقد خلق الله – سبحانه وتعالى – الإنسان وجعل فيه الحواس التي لا يستغني عنها ولا يقدر أن يعيش دونها. فقد خلق الأسوياء الأصحاء تماما؛ وخلق الآخرين من فاقدي حاسة أو أكثر؛ ومن نعم الله – سبحانه وتعالى – على هؤلاء أن زاد من قدراتهم في نواح أخرى ليساعدهم على أن يعيشوا ويمارسوا حياتهم؛ بل ويقدموا الكثير من الإبداعات للبشرية.

والمعاقون أبناء الوطن؛ لهم الحقوق وعليهم واجبات؛ ولن يستطيع المعاق تحمل مسؤولياته إلا إذا شعر بأن الوطن يعطيه حقوقه ويضمن سلامته صحيًا ونفسيًا واجتماعيًا وثقافيًا.

إذا كان لديك إنسان معاق عقليًا أو حركيًا أو بصريًا أو سمعيًا... إلخ فعليك مُراعاة أن له حاجة الإنسان العادي نفسها في أي مكان أن يكون محبوبًا ومرغوبًا فيه؛ فهو بحاجة إلى الإحساس بالانتماء إلى الآخرين؛ وأنه يختلف كثيرًا عنهم. فالإنسان المعاق وخاصة في سنواته الأولى لا يعرف سبب إعاقته فإن وجد أنه يعامل معاملة تختلف كثيرًا عن معاملة إخوانه سواء من قبل والديه أو المحيطين به؛ فإن ذلك يولد لديه نوعا من الآلام. تظهر أعراضها في صورة سلوك عدواني. فعلى كل أسرة أن تصبر وتحتسب تربية الطفل المعاق تحتاج إلى الصبر وقوة الاحتمال؛ لأنها ليست بالتربية السهلة. فعلى الوالدين والمحيطين بالطفل المعاق أن يصبروا.

قال رسول الله ﷺ "إن الله سائل كل راع عما استرعاه: أحفظ ذلك أم ضيعه؛ حتىّ يسأل الرجل على أهل بيته"[١] صدق رسول الله ﷺ.

لذا، وجب علينا رعاية هذا النبت الطيب؛ كي نجني منهم الثمار اليانعة في شتى المجالات...

---

(١) رواه النسائي وغيره – انظر صحيح الجامع الصغير برقم ١٧٧٤ – السلسلة الصحيحة ١٦٣٦.

المحتويات

الصفحة



الفصل الأول

الإعـــاقة

١- مـاهـيـة الإعـاقـة.
٢- تـعـريف المعـاقين.
٣- أسـباب الإعـاقة.
٤- الأسـرة و الـوقـايـة من الإعـاقة.
٥- المشكلات التي تواجه الطفل المعاق.
٦- التربيـة الخاصـة للمعاق وأهدافها.
٧- فـئات الإعـاقة.



الفصل ١

الإعـــاقة

١ـ ماهيـــة الإعاقة:

وُجدت الإعاقة منذ بدء الخليقة؛ تصيب الأطفال والشيوخ؛ في مختلف الطبقــات والأجناس والأديان؛ فالإعاقة بلا وطن.

قد نعرف القليل من الأسباب؛ وقد نستطيع منع القليل كذلك. وبالرغم من الالتزام بالإجراءات وتوفير الظروف المناسبة أثناء الحمل أو الولادة؛ فقد تحــدث بعــض حالات الإعاقة؛ لذلك يجب عدم إلقاء اللوم والمسؤولية على الأم والأب.

الإيمان بالله – سبحانه وتعالى – يعطي الإنسان راحة نفــسية تجعلــه راضــيًا بقضاء الله وقدره؛ حريصا على اتخاذ الأسباب التي توصل إلى الأهداف معلقًا قلبه بالله الذي بيده مقادير الخلق جميعًا؛ العليم الخبير بما يصلح عباده.

كانت نظرة الناس في العصر الجاهلي إلى المرضى والمعاقين نظرة احتقار، فهم كل مهمل وليس لوجودهم فائدة تذكر.

فقد نادى الإسلام منذ أربعة عشر قرنًا بالمحافظة علــى المعــاقين وإعطــائهم حقوقهم الإنسانية كاملة؛ مما أبعد عنهم شبح الخجل؛ بل إن الإسلام لم يقصر نداءه الإنساني على المعاقين فقط، بل امتد النطاق وشمل المــرض عامــة. واســتطاع المريض – أيًا كان مرضه – أن يستظل براية الإسلام التي تحمــل فــي طياتهــا الرحمة والخير؛ وأن يتنسم عبير الحياة، في عزة وكرامة.

وتميز المجتمع الإسلامي بنظرته الإيجابية إلى المعاقين؛ فخصص لهم من يساعدهم على الحركة والتنقل وإنشاء المستشفيات العلاجية.

ولقد اعتنى الخلفاء وحكام المسلمين بالمرضى والمعاقين؛ ويبدو ذلك واضحًا في اهتمام الفاروق عمر بن الخطاب؛ وعمر بن عبد العزيز... وغيرهما من الخلفاء والحكام بتوفير الرعاية الاجتماعية للمعاقين.

وقد بلغ من اهتمام عمر بن عبد العزيز ﷺ بهذا المجال أنه حث على عمل إحصاء للمعاقين وخصص مرافقًا لكل كفيف؛ وخادمًا لكل مقعد لا يقوى على القيام وقوفًا؛ وبخاصة عند أداء الصلاة.

ومن الحقوق التي يهبها الإسلام للمكفوف مثلاً أن يأكل عند الحاجة من بيوت أهله. وأن يشاركهم في طعامهم من غير أن يجد هو في نفسه غضاضة أو حرجًا.

فالله – سبحانه وتعالى – هو الذي خلق أسباب العوق كما خلق أسباب الرزق؛ ولكن الذي يأخذ بتلك الأسباب أو لا يأخذ بها هو الإنسان، فهو يكسب رزقه بنفسه من أسباب الرزق التي خلقها الله للناس.

٢ـ تعريف المعاقين:

(أ) يعرف "سيد الريس" المعاق بأنه:

هو الذي يعاني من انحراف أو قصور في وظيفة عضو من أعضاء جسمه تؤثر على نشاطه العقلي أو النفسي أو البدني مما يجعله غير قادر على مسايرة أقرانه في العمر نفسه والبيئة نفسها في أوجه النشاطات المختلفة دون المساعدة من أحد؛ وهذا يؤثر في نفسيته وطموحات ورغبات الطفل المعاق وينعكس على علاقته بالمجتمع الذي يعيش فيه؛ فتضطرب علاقاته في محيط الأسرة والأصدقاء وينتج عن ذلك بعض المشاكل له وللمحيطين به.

(ب) يرى (إبراهيم رحومة) وآخرون أن المعاق:

هو كل من يعاني من نقص دائم يعيقه عن العمل كليًا أو جزئيًا أو عن أحدهما فقط. وسواء كان النقص في القدرة العقلية أو النفسية أو الحسية أو الاجتماعية نتيجة نقص فطري أو غير فطري من قواه الجسمية أو العقلية.

(ج) وتعريف مؤتمر السلام العالمي والتأهيل للمعاق بأنه:

كل إنسان يختلف عليه لفظ سويٌ أو عاديٌ جسميًا أو عقليًا أو نفسيًا أو اجتماعيًا إلى الحد الذي يستوجب عمليات تأهيله خاصة؛ حتى يختلف أقصى تكيف تسمح به قدراته وإمكاناته المتبقية.

(د) ويرى "حمدي أبو الفتوح " المعاق بأنه:

هو الذي يعاني من عجز أو ضعف حاد في الكلام أو السمع أو البصر، أو هو الذي ليست لديه القدرة على المشي بشكل كلي أو جزئي، أو الذي ليست لديه القدرة على التعلم بشكل طبيعي؛ أو هو الذي يعاني من اضطرابات عقلية أو انفعالية.

المعاقون (عامة)

إنهم تلك الفئة من الأفراد المصابين ذهنيًا أو حركيًا أو بصريًا أو سمعيًا..إلخ. وهذه الإعاقة هي التي تقف عقبة أمام الإنسان المعاق للقيام بمهارة أو أكثر من مهارات الحياة الأساسية.

٢ـ أسباب الإعاقة:

الإعاقة على اختلاف أنواعها ودرجاتها نجد أنها لا تحدث للإنسان جزافًا، بل ترجع إلى عدة أسباب تختلف بعضها عن بعض اختلافًا كليًا هي:

أ- أسباب وراثية:

ترجع الإصابة بهذه الأنواع من الإعاقات إلى زواج الأقارب. وقد لا تظهر الإعاقة في الطفل الأول أو الثاني. وللوقاية من السبب وجب الابتعاد عن زواج الأقارب؛ وخاصة في العائلات المصابة بالإعاقة، وحتى نستطيع إنجاب أطفال أصحاء.

(ب) أسباب فطرية:

وهى تعرُّض الجنين للإصابة بالإعاقة داخل رحم الأم؛ ومنها علـــى ســـبيل المثال: تعرض الأم الحامل في الأشهر الأولى إلى مرض الإنفلونزا الحادة ولم تلق العلاج السريع والصحيح؛ وبالتالي يتعرض الجنين للإصابة بالإعاقة بالصمم وبالبكم أو بهما معًا؛ ولذلك يجب ألا يستهان بهذا النوع من المرض حين تصاب به الأم الحامل.

(ج) أســباب مكتسبة:

وترجع إلى تعرض الإنسان للحوادث أو نتيجة لخطورة بعــض المهــن التـــي يزاولها؛ أو نتيجة الأمراض، ومنها:

(١) أثناء عملية الولادة:

- إذا كانت الولادة طبيعية تلاشت الخطورة على الطفل.
- إذا كانت الولادة قبل الموعد المحدد، أي قبل تسعة أشهر، ويكون الجنين غير مكتمل النمو.
- في حالات الولادة المتعسرة التي تحتاج إلى عمليات وعنايـــة خاصـــة؛ قــد يتعرض الطفل لبعض الجروح التي تصيب الرأس خاصة نظــرًا للــضغط عليه؛ وبالتالي يؤثر على الجمجمة التي لا تكون صلبة (لينة).

(٢) بعد الولادة (مرحـلة الرضاعة والطفولة المبكرة):

وهذه الفترة من أخطر المراحل على حياة الطفل إذا ما أهمل خلالها؛ ففي هــذه الفترة تنتشر أمراض معينة مثل: العصبية والتهابات الأذن والحمى الروماتيزمية... وغيرها. وإذا ما أهمل علاجه يؤدي بالتالي إلى حد الإصابة بأحد أنواع الإعاقـــات نظرًا لتمكن المرض من الطفل الذي لا يقدر جهاز المناعة لديه على مقاومة هــذه الأمراض.

(د) الأمراض المعدية:

وتنتج هذه الأمراض بسبب عدم الإرشادات الطبيـــة بـــالتطعيم، وتنتقـــل هـــذه الأمراض من مكان إلى آخر، وعن طريق الأفراد.

(هـ) الحوادث:

من الأسباب التي لها أكبر الأثر في الإصابة بالإعاقات بمختلف أنواعها لما ينتج عنها من حالات ارتجاج المخ وحالات البتر، وبعض الإصابة بالإعاقات الجسمية.

والحوادث المتعددة والمختلفة، ومنها حوادث وسائل النقل وحوادث السقوط مـــن أعلى المنازل، وحوادث الحروق، وحوادث الآلات بالمصانع.

(و) الحروب:

الحروب لا تفرق بين فرد وآخر؛ ولا بين الطفل والـــشاب والكهـــل، وتـــؤدي الحروب إلى تفشي الجهل والفقر والمرض في الدول المتحاربة لما ســـبق؛ فهنـــاك الكثير من الأطفال الأبرياء والشباب والنساء ذهبوا ضحية هذه الحـــروب دون أي ذنب ارتكبوه، أو أصيبوا بإعاقات مختلفة.

(ز) التكنولوجية (التقنية):

نتيجة التقدم العلمي والتكنولوجي والتوسع في مناهل المعرفة في كُل نواحي الحياة المختلفة، ظهرت بعض المخترعات التي تضر البشرية نتيجة للتجارب الذرية؛ مثل: ما قامت به فرنسا في أوائل عام ١٩٩٦، والتجارب الذرية التي أدت إلـــى الإبـــادة الكاملة لجميع الكائنات الحية في هيروشيما ونجـــازاكي، والـــصواريخ المـــستحدثة، والقنابل الذرية والتي استخدمت في حرب الخليج ١٩٩٠ م وفي العراق عام ٢٠٠٣م.

٤ـ الأسرة والوقاية من الإعاقة:

الأسرة هي الأساس الأول لتكوين المجتمع السليم، والأسرة هي التـــي تـــستطيع اكتشاف المرض عند إصابة أي فرد منها.

ومهما كانت الأعراض التي تظهر على الإنسان بسيطة فيجب ألا يستهان بهـــا، لأن هذه الأعراض قد تبدأ بسيطة وسرعان ما تزداد وتتفاقم وتتضاعل. لذا يجـــب

علينا الإسراع بعرض المصاب أو المريض على الطبيب المتخصص مهما كانت الإصابة خفيفة، وتقديم العلاج المناسب بحسب إرشادات الطبيب، مع تجنب العشوائية في إعطاء العلاج.

ومن أهم واجبات الأسرة تجاه الطفل المعاق ما يأتي:

(١) الاعتناء بالطفل المعاق عناية خاصة، وعدم التفرقة في المعاملة بين الطفل المعاق وإخوته:

لأن الطفل المعاق له حاجة الطفل السليم والعادي نفسها في أن يكون محبوبًا ومرغوبًا فيه. فهو بحاجة إلى الإحساس بالانتماء إلى الآخرين. فإذا وجد أنه يعامل معاملة تختلف كثيرًا عن معامله إخوانه سواء من قبل والديه أو المحيطين به، فإن ذلك يولد لديه نوعًا من الألم النفسي والعصبي، وتظهر أعراضها في صورة سلوك عدواني، فعلى الأسرة معاملته بالحسنى.

(٢) إلحاق الطفل المعاق بدور الحضانة المتخصصة:

فكل أسرة لديها طفل معاق يجب أن تلحقه بدار حضانة متخصصة؛ للاعتناء به وإيجاد أفضل الطرق لجعله إنسانًا سويًا وليس معقدًا.

(٣) مداومة الاتصال بالطبيب المعالج ودور الحضانة:

فعلى الأسرة عدم الاستهتار وترك المسؤولية لدور الحضانة، فيجب أن تتابع حالة الطفل المعاق باستمرار.

(٤) تعويد الطفل المعاق وتعليمه الاعتماد على النفس.

(٥) الرعاية والاستمرارية في العلاج في مرحلة الرضاعة وما بعدها.

(٦) إلحاق الطفل المعاق بمؤسسات رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة.

(٧) العمل على مساعدة المعاق على التكيف الأسري والمساواة بينه وبين إخوته الأسوياء.

(٨) يجب أن توفر الأم للطفل المعاق جوًا من الترفيه والترويح عن النفس.

(٩) من حق الطفل المعاق في الجلوس مع الوالدين وقتًا ما إذا كان الأب مشغولاً دائمًا أو الأم. فلا بد من وقت معين يمكن تخصيصه للجلوس معه. إن هذه اللحظات التي يشعر فيها الطفل بأنه يستحوذ على الوالدين يشعر فيها بالأمن والطمأنينة.

(١٠) **الطفل يحتاج من الأب أحياناً أن يكون صديقه**. فليكن كذلك ولا يجعل حاجز الخوف أو الرعب يحول بينه وبين الطفل. فعلى الأب أن يضع نفسه مكان هذا الطفل فيشعر بحاجاته فيكون مخلصًا ودودًا رحيمًا به. وتذكر أن الطريقة التي تواجه بها سلوك الطفل قد تكون أهم من السلوك نفسه، فهي تؤثر في الطفل بدرجة كبيرة. ويذكر الأطفال الطريقة التي يعاملون بها، وقد ينسون السبب أو السلوك المسبب لهذا الأمر وما قيل عند الأب يقال مثله عن الأم وأكثر؛ فالأم تلبي حاجات الطفل المختلفة من حيث الأكل والشرب والحب والحنان وغيرها في إشباع رغباته وحاجاته الطبيعية المختلفة، مع تعويد الطفل على الاستقلال شيئًا فشيئًا حسب مراحل تقدمه في السن. وهذه نقطة مهمة وهي مسؤولية الأم أكثر من الأب، خصوصًا في مرحلة الطفولة المبكرة. وعلى الأم ألا تجعل الخوف عائقًا لنمو الطفل.

(١١) **ينبغي للأسرة أن تغرس أسس العقيدة والتوحيد في الطفل منذ صغره، وأن تعلمه ما يناسبه من أمور العبادات.**

(١٢) **على الأسرة تقديم العون التربوي المبكر للطفل المعاق**

٥- هناك بعض المشكلات التي تواجه الطفل المعاق وهي:

(أ) مشكلة المعاق مع نفسه:

توجد مشاكل مشتركة لدى المعاقين؛ وإن اختلفت في مستواها ومن أهم هذه المشكلات:

- انخفاض مفهوم الذات.
- زيادة الشعور بالإحباط والغضب.
- الاعتمادية ونقص الدافعية.

(ب) مشكلة المعاق مع الآخرين :

مشكلة المعاق مع الآخرين لها جانبان:

الأول (١)

يظهر عندما يتصور العاديون أن المعاق طالما أنه لا يرى أو لا يسمع أو لا يتحرك فهو عاجز وعديم الحيلة.

العاديون هنا يستخدمون أنفسهم مرجعًا للحكم على المعاق.

الثاني (٢)

يظهر عندما ما يحاول المعاق أن يتفاعل مع الآخرين وفي تصوره أنه عــاديٌ، وينتظر أن يتقبله الآخرون على هذا.

(جـ) مشكلة المعاق مع أسرته:

سواء أكان لدى الوالدين معرفة باحتمال ميلاد طفل معاق، أو أن الطفل أصــيب بعد الولادة أو أن الإصابة حدثت في مرحلة متأخرة، ففي كل الأحوال يوجد توقــع بوجود شعور بالصدمة لدى الأسرة هذا الشعور يتبعه في الغالب الشعور بالغضب واليأس والذنب، وقد يلجأ الوالدان إلى أساليب تربية غير سوية، مثل: العطف الزائد أو التبرير أو الإهمال.

فيجب على الوالدين أن يدركا أن الطفل المعاق هو ذلك الطفل الــذي ينحــرف انحرافًا ملحوظًا عن الأطفال العاديين، سواء أكان هذا الانحراف فــي الخــصائص الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية؛ فوجب إذن عليهما أن يقدما خدمات تربوية له؛ تختلف في نوعها عن تلك الخدمات التي تقدم إلى الطفل العادي حتــى ينمو نموًا سليمًا وفقًا لإمكاناته وقدراته.

ونظرًا لأن تربية الطفل المعاق في جوهرها عملية إنسانية تهدف إلى الاهتمــام بالإنسان وتحقيق سعادته وإزاحة المعوقات التي تعرقله، فلا تختلف أهداف تربيــة الفئات الخاصة عن أهداف تربية الأسوياء فكل منها يهدف إلى إعــداد المــواطن الصالح وذلك **عن طريق:**

- العمل على إزاحة المعوقات المختلفة التي تحول دون توافق الطفل مع نفسه ومع الآخرين.
- مساعدة الطفل على تحصيل قسط من المواد التعليمية يمكنه من توظيفها في حياته العادية.
- المساهمة في إعداده مهنيًا وعمليًا.

٦ـ ومن هنا يمكن توضيح أهداف التربية الخاصة فيما يلي:

١- تهيئة الطفل لتقبل الحالة التي وجد عليها والرضا عنها وتهيئة المجتمع المحيط به؛ وبخاصة أسرته للنظر إليه كعضو عامل بها له من الحقوق والواجبات ما تكفل له عضويته الفعالة في المجتمع؛ ثم تدريبه على مظاهر السلوك السوي في المجتمع المحيط به لتلافي استخدام بعض الحركات أو الانفعالات التي تعوق اندماجه مع المجتمع.

٢- وقاية المواليد من أسباب الإعاقة؛ وذلك بتوعية الأسرة قبل الإنجاب وسرعة اكتشاف الإعاقة في الطفل فور ولادته بواسطة طبيب الأطفال المبتسرين الذي يحضر دائمًا عملية الولادة مع طبيب التوليد.

٣- مساعدة المعاقين على النمو نموًا متكاملاً في جميع النواحي الحسية والعقلية والوجدانية إلى أقصى حد تصل إليه قدراتهم واستعداداتهم، وتزويدهم بالقدر الضروري من المعرفة الأساسية التي تناسبهم، واستغلال كل ما لديهم من قدرات ليكونوا بقدر الإمكان قوة عاملة ومنتجة.

٤- معالجة الإعاقة في وقت مبكر تخفف من ثباتها واستمرارها، وتسرع بالتعامل معها؛ ومساعدة الطفل على تقبل ذاته وتقبل الأسرة لحالته، وعدم اليأس من الإصلاح، وتهيئة أذهان الوالدين على حسن التصرف في معالجة الموقف بما يتطلب من حكمة واتزان عاطفي، وعدم اللجوء إلى تجاهله أو إخفائه أو كراهيته.

٥- تجنب اضطرابات النمو والسلوك التي تحدثها الإعاقة والأعراض المرافقة لها، والوقاية من الاضطرابات النفسية وأسباب عدم التكيف النفسي، والوصول إلى تحقيق تربية استقلالية للمعوق يعتمد فيها على نفسه إلى أكبر حد ممكن على قدر ما تسمح على قدر تسمح به حواسه وقدراته المتبقية.

٦- إقناع المجتمع بأن الإعاقة ليست شرًا في حد ذاتها؛ وإنما يكون الشر في إساءة التعامل بما يجب من الفهم؛ وسعة الأفق وموافقة الوقع ببصيرة وإيمان.

٧- تقوية الشعور بالتضامن الاجتماعي ومسؤولية الوطن عن كل أفراده؛ وذلـــك بحذف عبارات التعبير والانتقاص من ألفاظ اللغة والخاصة بالطفل، ومعاقبة الذين يعمدون الإساءة إلى إخوانهم المعاقين.

٨- تقديم الرعاية التربوية والنفسية والاجتماعية الخاصة؛ ذلك أن الهدف التربوي الشامل للتربية الخاصة للطفل المعاق يشمل جميع نواحي العمل مع المعاقين من معرفة قدرة إمكان بناء الشخصية والنضج النفسي والاجتماعي.

٩- إتاحة الفرص أمام الطفل المعوق حسب قدراته وإمكاناته الخاصة لاســتغلال ما تبقى لديه من قدرات أساسيات المعرفة من كتابة وحساب قراءة وما يتعلق بأوجه النشاط الأخرى التي تساعد الطفل المعــوق علـــى النمـــو والتكيـــف الشخصي والاجتماعي والاندماج في الحياة الاجتماعية.

ويمكـن بلـورة أهداف التربية الخاصة للطفل المعاق بصفة عامة إلى:

(أ) هدف وظيفي:

مساعدة الطفل المعاق على التكيف الاجتماعي.

(ب) هدف اجتماعي:

مساعدة الطفل المعاق على تحسين قدراته وإنجازاته وتحصيله في المجالات الجسمية والعقلية والتي تعاني من قصور وظيفي.

(جـ) هدف إنساني ديمقراطي:

إعطاء الفرص المتكافئة للمعوقين؛ التربية والتعليم والتأهيل حتى يمكنهم حـسب ما تؤهله لهم قدراتهم وإمكاناتهم القيام بواجبات الحياة اليومية والاعتماد على النفس في كسب مقومات الحياة.

الخلاصـة:

في مجال تربية الطفل المعاق يلزمنا معرفة أن الأفراد أو الأطفال المعــاقين لهـــم متطلبات تربوية ونفسية واجتماعية وجسمية تختلف عن متطلبات الأطفـــال العــاديين.

وفي داخل كل فئة للمعاقين توجد متطلبات نوعية تميز كل فئة من فئات المعاقين عن الآخرين، ومن المتوقع أنه إذا تركت هذه المتطلبات (أو الحاجات) دون أن تشبع؛ فمن المتوقع أن يتحول البعض منهم إلى سلوك غير سوي، أو يشعر بالنقص والعجز أو عدم الشعور بالأمن، وبالتالي عدم الاتزان الانفعالي وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي.

في ضوء ما سبق كانت الحاجة إلى وجود برامج طبية وتربوية ونفسية واجتماعية وإرشادية؛ تهدف إلى إفساح فرص التعلم المتكافئ وفتح مجالات وتوثيق صلة الطفل المعاق بمجتمعه؛ وتوفير الأدوات والوسائل الثقافية وتوفير فرص الاحتكاك والتفاعل الإيجابي مع الآخرين.

مع تسليمنا بأن الإنسان هو إنسان في كل مكان؛ إلا أن هذا التسليم يصاحبه ضرورة التسليم بخصوصية الإنسان في مجتمع ما؛ وحتى داخل هذا المجتمع توجد فروق بين الطبقات والفئات. وفي داخل كل فئة توجد فروق فردية تميز الفرد والفئة.

فئات الأطفال المعاقين "فئات الإعاقة":

يوجد شبه إجماع من المتخصصين على تصنيف الإعاقة كالتالي:

(١) الإعاقة الذهنية (العقلية).

(٢) الإعاقة الحركية (الجسمية):

- مبتور أحد الأطراف أو أكثر.
- المشلولون.
- المقعدون.

(٣) الإعاقة الحسية:

المكفوفون – الصم – البكم.

(٤) الإعاقة بأمراض مزمنة.

(٥) الإعاقة الاجتماعية.

الفصل الثاني

الإعاقة الذهنية

١- ماهية الإعاقة الذهنية.
٢- تعريف التخلف العقلي.
٣- تصنيفات التخلف العقلي.
٤- أسباب التخلف العقلي.
٥- الخصائص العامة للمعاقين ذهنيًّا.
٦- الوقاية من الإعاقة الذهنية.
٧- رعاية المعاقين ذهنيًّا (التخلف العقلي).
٨- مجالات تعديل السلوك لدى المتخلفين عقليًّا.
٩- تدريب المعاق ذهنيًّا على تناول الطعام.
١٠- ضبط تبول المعاق ذهنيًّا وتبرزه.
١١- تدريب المعاق ذهنيًّا على الذهاب للحمام.
١٢- تنمية مهارات الطفل المعاق ذهنيًّا بوسائل متوافرة في المنزل.
١٣- نماذج من المعاقين ذهنيًّا.
١٤- واجب المجتمع تجاه المتخلفين عقليًّا وأسرهم.
١٥- الرعاية النفسية والاجتماعية للمتخلفين عقليًّا.



الفصل 

الإعـــاقة الذهنيـــة

أولاً: الإعاقة الذهنية: (التخلف العقلي)

١ـ ماهية الإعاقة الذهنية:

تتمثل الإعاقة الذهنية للطفل في التخلف العقلي؛ فالتخلف العقلي من أشد مشكلات الطفولة المتأخرة؛ نظرًا لما يتركه من جروح نفسية عميقة لدى الآبـاء والأمهـات والإخوة والأخوات، وكل من له علاقة بهذا الطفل من قريب أو من بعيد.

وباختفاء النظرة إلى هذه المشكلة باعتبارها وصمة عار في جبين الأسرة صار ينظر إليها باعتبارها مرض كمرض السكر واضطرابات القلب... إلخ فهي مشكلة طبية تتحدى بشكل خاص أطباء الأعصاب (النيورلوجيم)، كما أنها مشكلة وراثيـة أثارت اهتمام علماء الوراثة، وهي مشكلة نفسية تناولها علماء النفس؛ سـواء مـن حيث مظاهرها أو آثارها المعرفية أو الانفعالية أو السلوكية. كمـا أنهـا تربويـة واجتماعية كما أنها قانونية أيضًا.

وقبل أن ندخل في أسباب التخلف العقلي وكيفية التعامل معه، يجب أن نعـرف من هو الطفل المتخلف عقليًا "تعريف التخلف العقلي" .

٢ـ تعريف التخلف العقلي:

(أ) التعريف الطبي:

التخلف العقلي هو حالة توقف أو عدم اكتمال نمو الدماغ نتيجة لمرض أو إصابة قبل سن المراهقة أو بسبب عوامل جينية.

(ب) التعريف القانوني:

الشخص المعاق ذهنيًا؛ هو الشخص غير القادر على الاستقلالية في تدبير شؤونه بسبب حالة الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكرة.

(ج) التعريف الاجتماعي:

يعرف التخلف بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزًا عن التكيف مع الآخرين، مما يجعله دائمًا بحاجة إلى دعم الآخرين.

(د) التعريف السيكومتري:

المعاق ذهنيًا: شخص يقل ذكاؤه عن ٧٥ درجة عن مقاييس الذكاء.

فقد صنفت الجمعية الأمريكية المتخلفين عقليًا (التخلف العقلي) عام ١٩٧٣ إلـــى Levinson,١٩٧٥, P.٥٨.

(أ) التخلف العقلي القابل للتعلم (نسبة الذكاء فيه ما بين ٥، ٧).

(ب) التخلف العقلي القابل للتدريب (نسبة الذكاء فيه ما بين ٣٥، ٥).

(ج) التخلف العقلي الشديد (نسبة الذكاء فيه أقل من ٣٥).

(هـ) تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي:

التخلف العقلي يشير إلى مستوى الأداء الوظيفي العقلي الــذي يــنخفض عــن المتوسط بمقدار انحرافين معياريين، ويصاحبه عجز في السلوك التكيفـــي تظهــر آثاره منذ الولادة حتى سن النضج.

وفقًا لتعريف الجمعية الأمريكية فإن هناك جانبين لمعرفة من هو الإنسان الــذي لديه إعاقة ذهنية وهما: مستوى الذكاء – السلوك التكيفي.

وهذا التعريف يعطي قيمة كبرى لمجالات السلوك التكيفي فـــي تحــدي إعاقــة الإنسان ذي التخلف العقلي.

٢ـ تصنيفات التخلف العقلي (الإعاقة الذهنية)

(أ) تصنيف سيكولوجي:

وهذا التصنيف يعتمد على نسبة الذكاء كمعيار للمستوى الوظيفي للقدرة العقليــة العامة في مقياس وكسلر ومقياس بينيه؛ ونوضح ذلك كالتالي:

(١) التخلف العقلي الخفيف:

في ضوء وكسلر ٦٩ – ٥٥، وفي ضوء بينيه ٦٨ – ٥٢.

الأفراد في هذه الفئة قابلون للتعلم؛ لأنهم قادرون على الاستفادة من برامج التعليم العادية، وعندما يكبرون يمكن أن يحققوا استقلالاً اقتصاديًا واجتماعيًا إلى حد كبير.

(٢) التخلف العقلي المعتدل:

في ضوء وكسلر ٥٤-٤٠؛ وفي ضوء بينيه ٥١-٣٦ على الرغم من وجود تخلف في بعض المظاهر النمائية، فإن عددًا كبيرًا من أفراد هذه الفئة يطلق عليهم قابلون للتدريب Trainable ويمكن تعليمهم أساليب العناية بأنفسهم.

(٣) التخلف العقلي الشديد:

في ضوء وكسلر ٣٩-٢٥ في ضوء بينيه ٣٥-٢٠.

مهارات النطق والكلام والحركة تكون محدودة لهذه الفئة، ومن الممكن وجود إعاقات جسمية أخرى مصاحبة، ولذلك يعاني أفراد هذا المستوى من قصور في إصدار الأحكام الصحيحة على الأشياء. ولا يستطيعون اتخاذ القرارات المهمة المتعلقة بحياتهم؛ ومع ذلك يمكن تعليمهم مهارات تساعدهم على حماية أنفسهم، وفي الغالب يحتاج أفراد هذه الفئة إلى مؤسسات داخلية.

(٤) التخلف العقلي الحاد:

في ضوء وكسلر ٢٤ فأقل - في ضوء بينيه ١٩ فأقل.

يظهر أفراد هذا المستوى قصورًا رئيسيًا في مهارات التنسيق الجسمي وفي مظاهر النمو الحسي - الحركي - وفي معظم الأحيان يحتاجون إلى رعاية تامة في مؤسسة الإيواء؛ وهؤلاء يشبهون الأطفال الصغار في حاجاتهم للعطف والرعاية وذلك في خلال مراحل النمو.

(ب) التصنيف التربوي:

اعتمد هذا التصنيف على نسب الذكاء المعروفة؛ وأضاف إليها أسماء للفئات تتناسب مع البرنامج التعليمي اللازم لكل فئة وقدراتها على التعلم كمعايير أساسية للتقسيم. ومن أهم التصنيفات التعليمية المقبولة تقسيم كيرك Kirk التعليمي ١٩٦٢م.

(١) القابلون للتعلـم:

يطلق على الفرد في هذه الفئة تسمية "مورون" Moron أو مـأفون. مـستوى الذكاء من ٥-٧.

العمر العقلي للشخص البالغ ما بين ٧-١٠ سنوات.

يمكن تحقيق قدر من التعلم وتحقيق التوافق الاجتماعي والمهني.

يلتحقون بمدارس التربية الفكرية.

(٢) القـابلـون للتـدريب:

يطلق على الفرد في هذه الفئة تسمية أبله Imbecile.

مستوى الذكاء من ٢٥-٥ (أو) من ٢-٥.

من الصعب تلقينهم المواد التعليمية (القراءة والكتابة والحساب).

يمكن تدريبهم على بعض المهارات البسيطة مثل عمل السجاد يمكـن تـدريبهم على العناية بأنفسهم وقضاء الحاجات اليومية يلتحقون بمؤسسات التدريب ومراكز التأهيل.

(٣) غـير القـادرين علـى التـدريب:

يطلق على الفرد في هذه الفئة (معتوه Idiot).

مستوى الذكاء ما بين صفر - ٢٠ (أو صفر - ٢٥).

العمر العقلي للشخص البالغ ما بين صفر- سنتين.

لا يصلح أفراد هذه الفئة للتعليم أو التدريب، من الصعب تدريبهم على المهارات البسيطة الخاصة بحياتهم.

أفراد هذه الفئة يشكلون خطرًا على أنفسهم وعلى المجتمع ولذلك يوضع معظمهم تحت رعاية الشؤون الاجتماعية ووزارة الصحة، وإشرافها، ولا تدخل رعايتهم في نطاق التربية والتعليم.

(٤) بطء التعليم: Slow Learner

يطلق اسم "بطيء التعليم" على الأفراد الذين لديهم قدرة ضعيفة على فهم مـواد الدرس وحفظها وتذكرها.

مستوى الذكاء - حسب رأى كيرك - ما بين ٧٥-٩٠.

يمكن لهذه الفئة أن تدرس بالفصول العادية مع توافر رعاية خاصة لهم.

توجد فئة يطلق عليها تخلف عقلي هامشي ويقدر مستوى الذكاء لها ما بين ٧٥-٨٠.

هذه الفئة يطلق عليها أيضًا "بطيء التعلم" Slow learner.

٤ـ أسباب التخلف العقلي:

التخلف العقلي مشكلة معقدة يساهم في إحداثها عوامل كثيرة؛ لدرجة أن بعضهم يذهب إلى وجود أكثر من مائتي سبب لها. في حين أن يشير البعض الأخر إلى أن حالات التخلف العقلي التي باتت أسبابها معروفة لا تجاوز ١٥% فقط.

وفي عام ١٩٥٩ أصدرت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قائمة بالأسباب التي أصبحت معروفة؛ واستمرت تلك الأبحاث حتى صار بالإمكان الإشارة إلى مجموعة متفق عليها في الأوساط العلمية.

وفيما يلي أهم تلك الأسباب:

(١) أسباب ما قبل الولادة:

(أ) صحة الأم الحامل:

تؤثر صحة الأم الحامل على النمو العقلي للجنين؛ فاضطراب الكلى يؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم. وهذا يؤدي إلى التبكير في ولادة الجنين وإلى معاناته لاضطرابات نيورولوجية. كما أن تعاطي الأم المخدرات والخمور والحبوب النفسية يؤثر صحيًا على الجنين الجسمية والنفسية. وقد أثبتت دراسة لجونز وزملائه أن ٤٠% من الأمهات اللاتي يشربن الكحوليات أنجبن أطفالاً متخلفين عقليًا.

(ب) العامل الريزسي: Rh. Factor

كشفت البحوث الحديثة عن وجود علاقة بين التخلف العقلي وتنافر العامل الريزسي لدمي الأم وجنينها؛ فعندما يكون هذا العامل لدى الأم سالبًا ولدى الجنين

موجبًا. لا تتوافق فصيلة دم الجنين مع فصيلة دم الأم؛ وينتج عن اتصالها تكـوُّن أجسام مضادة في دم الأم تنتقل إلى الجنين وتقضي على كريات الدم الحمر لديـه. وغالبًا ما تؤدي هذه الحالة إلى وفاة الجنين بعد فترة قصيرة من ولادتـه أو إلـى إتلاف خلايا الدماغ، إلا أن الوسائل الحديثة المتوافرة لدى الأطباء والتي تمكنهم من تبديل دم الجنين تساعد على إنقاذ بعض الحالات من الموت؛ وفي بعض الحـالات يمكن حماية جهازه العصبي.

(جـ) الحالة الانفعالية للأم الحامل:

أثبت بحث أجري مؤخرًا في الولايات المتحدة الأمريكية على ٤٠٠٠٠ امـرأة حامل أن الحالة الانفعالية تؤثر على الجنين (Levinson ,١٩٧٥ , P.٤٣).

(د) الأشـعـة:

إن تعرض المرأة الحامل خاصة في الأشهر الأولى للحمل لأشعة إكس يمكن أن يتسبب في إحداث اضطربات في دماغ الجنين.

(هـ) الخطأ الكروموزومي:

أثناء انقسام الخلية الأولى يمكن أن يقع خطأ كروموزمي يؤدي إلى اضـطرابات بيوكيمائية تؤثر على عملية التمثيل الغذائي للخلية؛ وقد تؤدي إلى موت الجنين؛ وفي حالة بقائه حيًا يمكن أن يشوه ويصاب بالتخلف العقلي المعروف باسم (المنغولية).

(٢) أسباب تتصل بالولادة Natal causes:

أ- نقص الأكسيجين في الدماغ Brain Anovia

أثناء الولادة يمكن أن يؤدي نقص الأكسيجين في الدماغ إلى موت الخلايا الـدماغ مما يؤدي إلى ظهور أعراض التخلف العقلي Sumptoms. إن نقص الأكسيجين هـذا ينتج عن خلل وظيفي في الرئتين نتيجة لإعاقات معينة في مجرى التنفس لدى الطفل.

ب- نزيف الدماغ:

تعرض رأس الطفل لأية كدمات يمكن أن يؤدي إلى التخلـف العقلـي، سـواء الكدمات نتيجة لكبر حجم الرأس الطفل، وضيق قناة الولادة لدى المرأة، أو نتيجـة لخطأ المشرف على عملية الولادة.

جـ. الولادة المبكرة:

عندما يولد الطفل قبل أوانه تكون أوعية الدم في دماغه رقيقة جدًا مما يجعل الجهاز العصبي ضعيفًا جدًا يتأثر بأي أذى خارجي.

(٣) أسباب بعد الولادة Postnatal causes:

(أ) اضطرابات الغدة الدرقية:

اضطرابات هذه الغدة لدى الطفل يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي الحاد المعروف باسم القصاع Cerlinism.

ب. إلتهاب الدماغ: Encephalities

إن تعرض الطفل لالتهاب الدماغ إبان الطفولة المبكرة أو المتوسطة يمكن أن ينجم عنه بعض الحالات التخلف العقلي.

جـ. التسمم الكيماوي: Chemical Poising

كان أول من أشار إلى التسمم بالرصاص لدى الطباعة هو بنيامين فرانكلين، وقد ثبت حديثًا أن تعرض الأطفال لهذا النوع من التسمم ممكن أن يؤدي إلى حالات التخلف العقلي.

د. سوء التغذية:

تشير بعض الدراسات إلى أن نقص فيتامين ب١، ب٢، ب٣ يؤدي إلى البلاجرا والتخلف العقلي، كما أن نقص اليود ونقص الحديد يؤثر على النمو الذهني للطفل مما قد يؤدي إلى التخلف العقلي.

هـ. الحوادث:

قد تؤدي حوادث السيارات أو السقوط من أعلى أو الارتطام بجسم صلب إلى إيذاء خلايا الجهاز العصبي، مما قد يتسبب في ظهور التخلف العقلي أو الشلل أو الصمم والعمى.

ونود أن نشير إلى أن قائمة الأسباب التي ذكرتها الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي لم تشر إلى العامل الوراثي كسبب من أسباب التخلف العقلي وترك هذا

الموضوع للأبحاث المستقبلية لإثباته أو نفيه، كما أنها أشارت إلى تلك الحالات التي لم يكتشف سبب تخلفها وأطلقت عليها اسم التخلف الثقافي العائلي Cultural Family Retardation وهو مصطلح وصفي أكثر منه إشارة إلى العلة ذاتها.

هناك أســباب عامة للإعاقة الذهنية (التخلف العقلي) وهي:

١- الحرمان الثقافي.
٢- الشلل الدماغي.
٣- سوء تغذية الطفل.
٤- تعريض الأم للحميراء.
٥- مرض المصورات الديفانية.
٦- عدم تجانس عامل ريسس.
٧- سوء تغذية الأم أثناء الحمل.
٨- الأمراض البكتيرية والفيروسية.
٩- الاضطرابات الجينية؛ مثل تناذر داون.
١٠-تعرض الأم الحامل لسموم بيئية قد تؤثر على الجنين.
١١-تناول الطفل الصغير للرصاص أو الزئبق بطريقة الخطأ.

هـ الخصائص العامة للمعاقين ذهنيًّا:

يتشابه المعاقون ذهنيًا في صفة واحدة هي الإعاقة؛ ويختلفون في المظاهر كافة.

ويمكن حصر خصائص المعاقين ذهنيًا العامة في أربع خصائص وهي:

(١) الخصائص العقلية:

يتمتعون بذكاء أقل؛ وتأخر النمو اللغوي مع ضعف في الـذاكرة – الانتبـاه – الإدراك – التخيل – التفكير – الفهم – التركيز.

(٢) الخصائص الجسمية:

تأخر في النمو الجسمي، وصغر الحجم، ويكونون أقل وزنًا من أقرانهم ويعانون من تشوهات جسمية؛ وتأخر في الحركة والاتزان.

(٣) الخصائص النفسية:

وهي عدم الاتزان الانفعالي، وعدم الاستقلال وكثرة الحركة، وسرعة التأثر أحياناً وبطء التأثر أحياناً أخرى، مع ردود فعل أقرب ما تكون إلى المستوى البدائي.

ويستند وصف الخصائص النفسية للمعاقين ذهنيًا إلى الدراسات والبحوث المقارنة بينهم وبين نظرائهم من غير المعاقين.

(٤) الخصائص الاجتماعية:

يعانون غالبًا من ضعف في التكيف الاجتماعي ونقص في الميول والاهتمامات؛ عدم تحمل المسؤولية والانعزالية والعدوانية، وتدني مفهوم الذات.

ويجب الأخذ بعين الاعتبار عدم تعميم الخصائص على جميع الأفراد المعاقين ذهنيًا؛ حيث إن كل فرد يعتبر حالة خاصة.

وفيما يلي أهم المميزات الخاصة لكل فئة:

فئة الإعاقة الشديدة:

بحاجة إلى رعاية دائمة من خلال مراكز الإقامة الدائمة (الداخلية).

فئة القابلين للتعلم:

عند توفير البرامج والخدمات التربوية الملائمة، فإنه يمكنهم اكتساب جوانب من المهارات الأكاديمية: القراءة – الكتابة – الحساب – تنمية المهارات الاجتماعية – الاتصال – التأهيل المهني.

فئة القابلين للتدريب:

برامج تعليمية أولية مع تدريبهم في المشاغل، وبرامج التأهيل.

ويعد التعلم والذاكرة من أكثر مظاهر الخصائص وضوحًا؛ لأن المعاقين ذهنيًا تنقصهم المقدرة على التعلم مقارنة بنظرائهم من غير المعاقين في المستوى العمري نفسه.

كلما زادت شدة الإعاقة الذهنية كان من الصعب على المعاق الانتباه للمثيـرات من حوله، وخاصة إذا كان هناك أكثر من مثير واحد في الوقت نفسه، وعادة مـا يكون الانتباه والمتابعة لوقت قصير.

من المهم أن نأخذ بعين الاعتبار أن المعاقين ذهنيًا وبشكل عام يحتـاجون إلـى إتقان المهارات الوظيفية اليدوية قبل أن نتوقع منهم إتقان المهارات التعليمية.

المعاقون ذهنيًا يحتاجون وقتًا أطول من الأسوياء لتعلم مهارة ما.

فالدراسات تشير إلى أن الذاكرة في المدى القريب لدى المعاقين ذهنيًـا تكـون ضعيفة فيما تكون أفضل في المدى البعيد.

٦ـ الوقاية من الإعاقة الذهنية:

من الممكن تلافي حدوث حالات التخلف العقلي بمراعاة الشروط التالية:

١- العناية بصحة الأم الحامل والاهتمام بتغذيتها ومراجعتها المستمرة لطبيبهـا إبان فترة الحمل.

٢- ابتعاد الأم الحامل من تناول الكحوليات والمخدرات والحبوب النفسية إبـان فترة الحمل.

٣- حماية الأم الحامل من الاضطرابات النفسية وتوفير الجو الهادئ الخالي من المشاحنات والمشاكل.

٤- إجراء الفحوصات الطبية اللازمة لتحديد فصيلة الدم لكـل مـن الأب والأم، وكذلك الأم والجنين للكشف عن وجود التنافر في العامل الريزسي بينهما.

٥- توفير شروط الولادة السليمة بفضل العناية الطبية المطلوبة؛ حتى لا يتعرض الطفل أثناء خروجه من بطن أمه لأية كدمات.

٦- الحرص على ألا يلعب الطفل بأدوات يمكن أن تسبب تسممًا كيماويًا خاصة تلك التي تحتوي على مادة الرصاص.

٧- توفير الرعاية الطبية المبكرة للولادات المبكرة (الخداج) وحمايتهم مـن أي تأثيرات خارجية قد تضر بجهازهم العصبي.

٨- تبديل دم الجنين في حالة ثبوت وجود تنافر في العامل الريزيسي بينه وبين أمه (الأم -Rh والجنين +Rh).

٩- العلاج الطبي السريع لحالات التهاب الدماغ أو التسمم الكيماوي.
١٠- علاج اضطرابات الغدد خاصة الغدة الدرقية.
١١- تزويد الوليد بالأكسيجين اللازم فور ولادته لحماية خلايا دماغه من التلف.
١٢- إزالة الأخطار البيئية.
١٣- التثقيف للتقليل من زواج الأقارب.
١٤- تعيين الأشخاص الذين يحتاجون إلى فحص جيني.
١٥- تحسين خبرات الأطفال وتعليمهم في باكورة طفولتهم.
١٦- التحصين ضد الأمراض البكتيرية والفيروسية ومعالجتها في وقت مبكر.

٧ ـ رعاية الإعاقة الذهنية (التخلف العقلي):

تتوجه الرعاية نحو أولئك الذين لم تستطع الإجراءات الوقائية حمايتهم من التخلف العقلي؛ ولا شك أن نوعية الرعاية المطلوبة تختلف تبعًا لدرجة تلك الأعراض الناتجة فلا بد من توفير الرعاية الطبية لصاحبه وحمايته من الأخطار وتوفير الأغذية ومساعدته في قضاء حاجاته البيولوجية؛ سواء كان المتخلف موجودًا في الأسرة أو في مؤسسات الرعاية الاجتماعية.

أما الأنواع الأخرى من التخلف العقلي فيمكن أن تتوافر لهم كالتالي:

١- إتاحة الفرصة للتدريب على المهن البسيطة.
٢- إتاحة الفرصة لنوع من التعلم والقراءة والكتابة والحساب.
٣- الرعاية الصحية اللازمة.
٤- إتاحة الفرصة لتكوين صداقات والعيش في المجتمع.
٥- توفير الأنشطة المناسبة لهم لقضاء وقت الفراغ.
٦- الرعاية الطبية اللازمة في علاج بعض الاضطرابات الكلامية أو البصرية أو السمعية.
٧- توفير الجو الأسري الذي يشيع في جنباته الدفء والحنان والعطف والقبول والتفهم لحاجاته مثل هذه الحالات؛ وهذا لا يتأتى ما لم يتوافر نوع من الإرشاد الأسري الذي يهتم بالجوانب التالية:

- تخليص الأسرة من عقده الإحساس بالذنب ومركب النقص والنظر إلـى حادثة التخلف العقلي باعتباره وصمة عار أو عقابًا إلهيًا.
- تزويد الأسرة بالثقافة اللازمة لتفهم أسباب حالة التخلف العقلي، وكيـف أن هناك حالات لا خيار لنا في حدوثها، وأن علينا أن نتقبل ما كتب لنا وقـدر علينا.
- إفهام الأسرة كيفية التعامل مع الطفل المتخلف؛ حيث يكون تعاملاً عاديًا خاليًا من العطف الزائد أو الدلال أو النبذ.
- ضرورة إتاحة الفرصة للطفل المتخلف للاختلاط بغيـره مـن الأطفـال العاديين وألا يعزل في غرفة خاصة بدعوى الخجـل مـن تـصرفاته، ولأفعاله.

٨- توفير الرعاية النفسية اللازمة لهؤلاء الأطفال ببناء علاقة طيبة معهم وإعادة الروابط بينهم وبين المجتمع، وإزالة مخاوفهم وغرس الثقـة فـي نفوسـهم وتبصيرهم بقدراتهم وتنمية شعورهم بالمسؤولية نحو الآخرين.

- تدريبات خاصة لتنمية قدرات الطفل الإدراكية وكفاءة عملياته الفكرية.
- وأخيرًا لا بد من أن نشير إلى أن رعاية المتخلفين عقليًا حـق وواجـب على الأسرة والدولة.

٨ـ مجالات تعديل السلوك لدى المتخلفين عقليًا:

تستخدم أساليب تعديل السلوك بشكل واسع في مجال رعايـة حـالات التخلـف العقلي وتعليمها وتأهيلها؛ حيث تعتبر أكثر ملاءمة عن غيرها من أساليب العـلاج والتدريب التي تستلزم الاستبصار أو استخدام القدرات العقلية المعرفية.

وتتنوع أساليب تعديل السلوك المستخدمة بتنـوع المجـالات المتـصلة بحيـاة الأشخاص المتخلفين عقليًا، والتي يمكن أن تستخدم فيها أساليب تعـديل الـسلوك. وسوف نتناول باختصار هذه المجالات واستخدامات تعديل السلوك فيها.

(١) مجال الرعاية الشخصية:

تشتمل سلوكيات الرعاية الشخصية والذاتية على المهارات التي تساعد الأطفال على الأداء الاستقلالي (أي يعتمدون على أنفسهم) في أنشطة مثل: قضاء الحاجة، وتناول الطعام، وارتداء الملابس، والنظافة الشخصية، والاهتمام بالصحة. ويعتمد التدريب على هذه الأنشطة استخدام التعزيز، وكذلك إعادة السلوك بشكل كبير متكرر واستخدام النماذج السلوكية وفي السلوكيات التي تبدو مركبة أو صعبة يمكن الاعتماد على أسلوب التشكيل (التقريب التتابع) وكذلك أسلوب التسلسل وبصفة خاصة في مجال النظافة الشخصية وارتداء الملابس، ومن الأمور المهمة في استخدام هذه الأساليب القدرة على التقسيم إلى واجبات (مهام).

(٢) مجال التنبيه الذاتي وإيذاء الذات:

من الشائع أن نجد الأشخاص المتخلفين عقليًا وبصفة خاصة المقيمين في مؤسسات داخلية، وقد انخرطوا في سلوكيات ليس لها جدوى وتؤدي إلى استثارة ذاتية. ومن أكثر هذه السلوكيات شيوعًا سلوك إيذاء الذات مثل: ضرب الرأس في الحائط، والعض والخدش "مثلاً طفل يخدش وجهه باستمرار". ولأن هذه السلوكيات مؤذية فإنها تصبح غير مرغوبة بالنسبة لمن يعملون في المؤسسة، ويسعون إلى التخلص منها. ولذلك فإن أهم الأساليب التي تستخدم هي أساليب العقاب بنوعيها السلبي والايجابي وأسلوب الانطفاء (وقف التعزيز) وكذلك شغل الطفل بأنشطة أكثر فائدة.

وقد استخدمت أيضًا أساليب متنوعة مثل: الإبعاد عن المدرب والمدرس الذي يعمل مع الطفل لفترة، أو العزل بعيدًا عن الآخرين لفترة قصيرة أيضًا، أو تقييد الحركة البدنية مثل "ربط اليدين، وقص الأظافر بصفة دائمة..إلخ". كذلك استخدام أسلوب التصحيح الزائد والممارسة الإيجابية لكبح سلوك الاستثارة الذاتية. ويمكن استخدام أسلوب التعزيز في علاج بعض الحالات عن طريق تعزيز السلوك المضاد للسلوك الذي نود أن نوقفه أو نقلله، أو بتعزيز عدم إتيان السلوك الخاص بالتنبيه الذاتي بمعنى أن نكافئ الطفل عندما يتوقف عن هذا السلوك الضار.

(٣) مجال المشكلات التي تظهر في حجرة الدراسة أو في السلوك الخلقي بصفة عامة:

هناك العديد من المشكلات تتولد عن سلوكيات يأتي بها الأطفال المتخلفون عقليًا في حضورهم فصول التربية الخاصة مثل: التحدث إلى الآخرين، وعـدم الانتبـاه وغيرها من السلوكيات التي تشتت انتباه الطفل عن الدروس، وهـذه سـلوكيات لا تشكل خطورة على الطفل أو غيره من الأطفال.

وقد استخدم الباحثون أساليب مثل: بونات التدعيم التي تُعطى للطفل عندما يقلل من تشتيت انتباهه. وهناك أيضًا مشكلات تتمثل في زيادة النشاط والعدوان علـى الآخرين وبعض الاضطرابات السلوكية الأخرى مثل أكل القمامة. وقد اسـتخدمت أساليب متنوعة في تعديل هذه السلوكيات؛ فالسلوك العدواني يمكن علاجه بأساليب العقاب بأنواعها، وكذلك الاضطرابات السلوكية يمكن أن يفيد فيها أسـاليب مثـل زيادة التصحيح. فمثلا سلوك الأكل من القمامة استخدم فيه دفع الطفل إلى استخراج ما أكله من فمه ثم غسيل الفم والأسنان بالفرشاة لعدد كبير من المرات.

(فوكس ومارتي ١٩٧٥)

٤ـ مجال التحصيل الدراسـي:

تعتمد برامج التعليم في مجال التخلف العقلي على مساعدة الأطفال على زيـادة انتباههم وتقليل التشتت، وكذلك تخزين المادة التعليمية وتكرارها؛ حتى يتم تعليمها. ومن المعتاد أن يستخدم المدرس أسلوب التعزيز الايجابي بشكل واسع في عمليـة التعليم، كما يمكن استخدام أسلوب التعزيز السلبي أيضًا في هـذا الجانـب وهـذه الأساليب للتدعيم تعمل على تحسين أداء الأطفال في الواجبات الخاصة التي تُعطى لهم، كما تساعد إلى حد بعيد على تحسين سلوكياتهم فيما يتصل بالتعليم مثل زيـادة الانتباه وتقليل التشتت.

وقد استخدم "والتون ورببز وميلر ١٩٧٣م" بونات التعزيز فـي تجربـة أجرياهـا، واتضح منها أن الأطفال الذين استخدم معهم نظام البونات قد تقدموا بفروق دالـة فـي درجاتهم في الحساب والقراءة والكتابة على مجموعة مقارنة لم يستخدم معها البونات.

٥ـ مجال اللغة والنطق:

تستخدم أساليب تعديل السلوك وخاصة أسلوب التعزيز الإيجابي والتشكيل (التقريب المتتابع) بشكل كبير في مجال التدريب على اللغة وعلى النطق وفي علاج عيوب الكلام. وفي الوقت الحالي فإن المعالج يستعين بمجموعة من الأجهزة تساعد على ترجيع معلومات عن الأداء، مثل ظهور أضواء تشير إلى الاستجابات الناجحة أو الخاطئة. فإذا أصبحت الإجابة الصحيحة بمكافآت فإن الطفل يكتسب السلوك المطلوب بسرعة. ويعتبر مجال التدريب على الكلام وعلاج عيوبه من البرامج المهمة التي تشتمل عليها برنامج التربية الخاصة، وكذلك برنامج التأهيل.

٦ـ مجال السلوك الاجتماعي:

يشتمل هذا المجال على تدريب الأطفال المتخلفين عقليًا على سلوكيات مثل: الكلام مع الآخرين، وإلقاء التحية إلى الآخرين والرد على التحية، والابتسام عند لقاء الآخرين، مشاركة الآخرين في الأنشطة مثل: أنشطة اللعب والعمل والحياة والتعاون مع الغير ومساعدتهم. وفي المعتاد يستخدم أسلوب التعزيز للمساعدة على الحساب كما يستخدم أسلوب النموذجية في هذا الإطار، وحبذا إذا كان مصحوبا بتمثيل أداء الأدوار الاجتماعية المطلوبة.

٧ـ مجال سلوكيات العمل:

تعتبر السلوكيات التي يقوم بها داخل بيئة العمل من الأمور المهمة التي تؤثر في مدى توافقه المهني واحتمالات نجاحه واستمراره في العمل. ويحتاج المتخلفون عقليًا إلى تدريب خاص على سلوكيات العمل وبشكل مناسب لطاقاتهم؛ حتى يمكنهم أن يتعلموا السلوك المتصل بأداء العمل والمحافظة على سلامة الشخصية والمحافظة على سلامة الآخرين والتعاون مع الغير، وتقبل التعليمات والتعامل مع المشرفين والرؤساء وغيرها، ويفيد في هذا الجانب استخدام أساليب التعزيز والنمذجة لاكتساب السلوك المطلوب وإتباع أسلوب التشكيل والتسلسل.

<u>وهناك بعض الاعتبارات التي تراعي في استخدام السلوك مع المتخلفين عقليًا:</u>

ينبغي أن يراعي مخططو ومنفذو برامج تعديل السلوك مع حالات التخلف العقلي مجموعة من الاعتبارات حتى يصلوا ببرامجهم إلى النجاح المنشود، ويتجنبــوا أي آثار سلبية محتمل حدوثها. ومن هذه الاعتبارات ما يلي:

١- استخدام الأساليب الإيجابية قبل السلبية، واستخدام الأســاليب الأقــل قبــل الأساليب الأكثر تعقيدًا.

٢- مراعاة القواعد الأخلاقية المناسبة والمستخدمة في مجال العلاج السلوكي.

٣- مراعاة ألا يترتب على تعليم سلوك معين أن ترافقه أساليب أخــرى ضــارة يتعلمها الفرد.

٤- مراعاة ألا يترتب على إلغاء سلوك غير مرغوب أن تنطفئ أو تزول معــه سلوكيات أخرى كانت مرغوبة.

٥- الاطمئنان إلى نقل أثر التعلم من بيئة العلاج إلى البيئة التي يعيش فيها الطفل.

٦- استخدام العمل مع الجماعات "العمل الجماعي" عندما يكون ذلك مناسبا.

٧- أن يقوم بتعديل السلوك أشخاص مدربون تدريبًا جيدًا، أو لديهم معرفة كافية بالسلوك الإنساني.

٨- مراعاة تقويم البرامج بعد فترات مناسبة ومقارنة النتائج بخط البداية.

٩ـ تدريب المعاق ذهنيًا على تناول الطعام:

- تنمية تناول الطعام بشكل طبيعي؛ وفي أكثر الأحيان بشكل تلقــائي. وفــي بعض الأحيان يحتاج الطفل إلى التوجيه والإرشاد والإشراف. أما إذا كــان الطفل يعاني من إعاقات تتناول نمو الكفاءات الحركية والبــصرية كالــشلل الدماغي أو الشفة المقطوعة؛ فعلينا أن نعمل على إكساب الطفل تلك الكفاءات عن طريق التدريب.
- العجز عن استقامة الجذع وذلك يفقد الطفل إمكان التحكم من وضعيفة الرأس والأطراف وحتى الجلوس السوي.
- عدم المقدرة على التركيز على مهمة معينة وسرعة الانتهاء.

- اضطراب في عملية تحريك اليد إلى الفم – تشوهات خلقية – اضطراب في عملية الرضاع – ارتخاء في عضلات الفم – عدم التحكم في حركة اللسان العض العفوي الدائم – عيوب خلقية في سقف الحلق أو الشفتين.
- صعوبات في البلع: تشوهات خلقية – صعوبة المص – المد العفوي الدائم للسان.
- إطباق الفكين عند ملامسة الأضراس.
- العض على أي جسم يدخل الفم.
- عدم السيطرة على اللسان.
- اضطراب السيطرة على حركة الشفتين.
- اضطراب في عملية المضغ من جراء ضعف قوة العضلات الماضغة.

وفيما يلي أهم العوامل التي تساعد في تحسين تناول الطعام:

١- تثبيت وضع الجذع والتقليل من الحركات الشاذة من خلال استعمال حزام أو ارتداء صدرية خاصة مثبتة برباط معين بالمقعد بحيث يضبط وضعية الجذع بزاوية قائمة مع الفخذين واستعمال مائدة بمستوى المرفق.

٢- تثبيت وضع الرأس؛ لكي يكون المحور في الوسط وأن ينحني قليلاً إلى الأمام وذلك يتطلب تناسق العضلات.

٣- جعل الساقين والفخذين تلتقي بزاوية قائمة من شأنه أن يزيد في استقامة الجسم، وخاصة إذا ما أسندنا القدمين في الارتفاع المناسب لكي لا تتدليا مما يخل بتوازن الجسم بأكمله.

٤- يجب الجلوس بشكل موازٍ للطفل؛ وعلى مستوى النظر.

٥- جذب انتباه الطفل.

٦- المحافظة على الهدوء وعدم الصراخ أثناء الطعام.

٧- الإقلال من المثيرات الحية كالراديو– تلفاز – وغيرها.

٨- عدم السماح باللعب أثناء الطعام.

٩- التحكم في الحركة التلقائية لليد باتجاه الفم.

١٠- يفضل استعمال اليد اليمنى.
١١- تطوير الصلة الحركية بين اليد والفم.
١٢- تشجيع عملية تغميس الأصابع ثم لحسها ومص الأصبع.
١٣- يستحسن الجلوس خلف الطفل؛ ومساعدته في البداية وتدريجيًا تخفف وسائل الجلوس المساعدة للوصول إلى الاستقلال.
١٤- يجب تشجيع الطفل على استعمال الملعقة ثم على كيفية تعبئتها.

المـص:

- يجب تمييل الرأس قليلاً إلى الأمام.
- يستحسن لمس خد الطفل قبل الرضاعة وخلالها وذلك يشجع على المص.
- يؤدي تحريك حلمة الرضاعة قليلاً صعودًا أو هبوطًا وفــي الجــانبين إلــى التشجيع على الرضع والمص.

لمس الشــفاه:

- تمسك زجاجة الرضاعة بشكل عمودي؛ بحيث تُطبق شفتا الطفل على الحلمة.
- بعض الروائح تشجع الطفل على الرضاعة كرائحة الخل أو زيت الزيتــون. بعد بلوغ الطفل الشهر الرابع يمكن البدء بإطعامه طعامًا مــسحوقًا، ويمكــن وضع القليل من الفواكه المطحونة على رأس الملعقة البلاستيكية، ثم توضــع الملعقة في منتصف اللسان مع ضغط بسيط لمنع وقوع العض الغريزي وما يؤدى إلى إطباق الشفتين.
- الصوت المنبعث من عملية المص يروق الأطفال كثيرًا؛ ويحفزهم على القيام بذلك مرارًا.
- إطباق شفتي الطفل بواسطة الإبهام والسبابة والطلب منه أن يمص.
- تمسح منطقة الفم والشفتين بالثلج لمدة ثانيتين ثلاث مرات قبل الطعام، ويجب مسح المنطقة المعرضة للثلج بالماء كل مرة.
- ملامسة الشفتين واللسان بالثلج لثوانٍ؛ يشجع الطفل على الشفط والمص.

- القيام بشد عضلات الخدين وعضلات الشفتين والفم برؤوس الأصابع، وشد الشفة العليا لتقويتها لأنها الأضعف.
- من الأفضل تشجيع الطفل بعد كل التمرينات السابقة على النفخ أو مص أصبع بلاستيكي لكي يقوي العضلات؛ ويجب إجراء أغلب العمليات السابقة قبل إطعام الطفل؛ وذلك ٣ مرات يوميًا على الأقل ويستحسن إجراؤها قبل كل وجبة (طعام) (رضعة).

تشجيع الشرب بالأنبوب البلاستيكي (الشاليمو):

يمكن إدخال الشاليمو من خلال فتحة حلمة زجاجة الرضاعة وغمس الأنبوب في الزجاجة، ويطلب من الطفل تقبيل الحلمة، وفي الوقت نفسه نقوم بالضغط الخفيف على الزجاجة؛ بحيث يصل السائل إلى فم الطفل، ويمكن سحب الشاليمو تدريجيًا من فوهة الحلمة حتى تصبح الشفتان مطبقتين على الأنبوب.[١]

البلع:

الجلوس المستقيم يسهل عملية البلع، ويجب أن يميل الرأس قليلاً إلى الأمام بحيث يمنع الطفل من تمييل الرأس إلى الخلف خلال عملية البلع لئلا يتسرب الطعام إلى مجرى التنفس.

- تتحسن عملية المص بتحسن عملية البلع.
- يجري الضغط برفق على الخد؛ مما يدفع اللسان إلى الانسحاب تمهيدًا للبلع.
- هز البلعوم من الخارج؛ ويدار الرأس إلى الجانب.
- يمكن قرص الحنجرة من الخارج برفق ودون إزعاج.
- يمكن تدليك الرقبة من الأمام بالثلج لمدة ٣ ثوانٍ لعدة مرات يوميًا.
- يجب البدء بطعام طري؛ ثم الانتقال تدريجيًا إلى الصلب.

---

(١) بعد استعمال عملية المص يمكن استعمال الملعقة المتصلة بالحلمة.

ارتخاء الفك السفلي:

علينا تشجيع الطفل على إطباق فكيه؛ وذلك بوضع الطعام علـــى اللـــسان فـــي المقدمة أو الوسط.

لكي نحد من ارتخاء الفك السفلي؛ علينا استعمال ملعقة كبيرة وذلــك بتطبيـــق مسكة الملعقة على رأس اللسان مع ضغط خفيف، ونزيد الـــضغط بينمـــا نحـــرك الملعقة برفق حتى تصل إلى مؤخرة اللسان، وفي الوقت نفسه يؤدي إلى شد الفـــك الأسفل إلى أعلى لإطباق الفم. وإذا استمر الطفل في فتح فمه فعلينا زيادة الـــضغط برفق على مؤخرة اللسان.[١]

العـض:

- يلجأ بعض الأطفال إلى عض الملعقة أو أي شيء يدخل الفم.
- يجب عدم إدخال مقدمة الملعقة كاملة في الفم.
- يستحسن استعمال ملاعق مطاطية.
- يجب وضع الطعام قرب الأسنان لا داخل الفم.
- إجراء تدليك بسيط على الشفتين والخدين واللسان بالفرشاة أو الثلج لتخفيـــف شدة العضلات.

الســيطرة على اللســان:

يعاني بعض الأطفال من عدم السيطرة على اللسان، فنجد لسان الطفل متدليًا من فمه، وكثيرًا ما يصاحب ذلك ارتخاء في العضلات وخاصة عضلات الفك السفلي.

كيف يمكن أن نساعد المعاق ذهنيًّا؟

الإجابة:

- ندخل الطعام من الجهة الجانبية لجوف الفم ونضغط على الشفتين برفق مـــع عدم إثارة مقدمة اللسان، لأن ذلك يؤدي إلى مد اللسان إلى الخارج.
- مسح جوف الفم والشفتين بالعسل، وخاصة جوانب الفم الداخلية وسقف الحلق.

---

(١) يجب عدم إجراء هذا التدريب المذكور قبل الطعام أو بعده بوقت قصير.

- نقدم للطفل أصابع من الحلويات لمصها.
- وقبل تدريب الطفل يجب التأكد أن الطفل لا يعتمد اعتمادًا كليًا على فمه للقيام بالتنفس.
- ويمكن تدريب الطفل على إطباق الشفتين بالطريقة التي تكلمنا عنها لتشجيع عملية الرضاعة والمص والشرب من الأنبوب البلاستيكي (الشاليمو).
- عند إطعام الطفل علينا رفع شفتيه للإقفال برفق؛ ثم تدريبه على الاستجابة لأمر شفهي.
- يشار للضغط على الشفتين لإطباقها بالإبهام والسبابة؛ وعند بدء الطفل بإقفال شفتيه يمكن العمل على شد الشفة العليا برفق.
- المضغ يرفع الفك السفلي ويجري تدليك الخد في مؤخرته.
- يمكن تدليك مختلف عضلات الفم بواسطة الملعقة البلاستيكية، وذلك بشد مختلف عضلات الفم واللسان والشفتين والخدين بمختلف الاتجاهات.
- وضع الطعام على جانبي اللسان وفوق منطقة الأضراس.
- يمسك الفك السفلي بين الأصابع؛ ويعمل على تحريكه إلى أعلى وإلى أسفل لعدة مرات.

١٠ ـ ضبط تبول المعاق ذهنيًا وتبرزه:

هناك خطأ شائع هو أن الإعاقة الذهنية تسبب عدم التمكن من التبرز والتبول بانضباط، وعدم التحكم في السيطرة على الصمامات العضلية الخاصة بذلك. مع العلم أن الضبط هو عملية فسيولوجية غالبًا ما يسهل التدريب على اكتسابها في الأعوام الثلاثة الأولى من حياة الطفل.

وفيما يلي مراحل تطور الإفرازات:

(١) ١٢ شهرًا:

يستطيع الطفل الإشارة إذا ما كان متسخاً.

(٢) ١٨ شهرًا:

يتمكن الطفل من الجلوس مستقيمًا على كرسي الحمام أو يقرفص، ويمكنه ضبط عملية التبول جزئيًا.

(٣) ٢٤ شهرًا:

يذهب إلى الحمام ويطلب المساعدة في خلع ثيابه للتبول. ويمكن أن يتأخر في التبول ولا يعرف أهمية مسح البراز والنظافة. ويمكنه ضبط التبول والبراز خلال النهار وخلال الليل إذا ما عرض عليه.

(٤) ٣ سنوات:

يذهب إلى الحمام عند شعوره بالحاجة لذلك، ويقوم بالتبول والتبرز ويحاول أن يمسح مؤخرته أو يشطفها.

(٥) ٤ سنوات:

ينظف نفسه خلال الليل ويذهب إلى الحمام باستقلالية، ومن النادر أن يتبول على ثيابه.

- يبقى الطفل حتى عامه الأول جاهلاً مدى علاقة القصرية بالتبول أو التبرز.
- بعد بلوغه العام يبدأ بإدراك دور القصرية. ويبدأ أحيانًا بالإشارة إلى حاجته للتبول أو إلى قيامه بالتبول بعد تبوله في ثيابه. ومع تطور الإدراك وتطور اللغة تتنامى لديه المقدرة الكلامية على طلب التبول في القصرية؛ حتى عندما يتمكن من السير يمكن أن يطلب القصرية وأحيانًا ما يتأخر في ذلك.
- وببلوغه العامين يبدأ بالذهاب إلى الحمام؛ ولكن بعد انتهائه من اللهو واللعب وتمكنه ملاحظة حركاته المندفعة خلال اللعب إذا ما حاول تأجيل دخوله الحمام.

الاستعدادات لضبط الإفرازات:

إن أغلب المعاقين ذهنيًا يشيرون إلى اتساخ أو رطوبة ملابسهم الداخلية وأحيانًا تبدو عليهم المضايقة والإزعاج من ذلك.

أما إذا أُهمل المعاق ذهنيًا لفترات طويلة فيعتاد ذلك؛ ويظن أنه أمر طبيعي مولود معه.

- إن الكثير من المعاقين ذهنيًا يعجزون عن الجلوس بشكل سوي ومستقيم على كرسي الحمام؛ وبذلك يخسرون عاملاً مساعدًا في عملية ضبط الإفرازات.
- ومن أهم العوامل التي يجب توافرها هو اطمئنان الطفل واستقراره على الكرسي آمنا من الوقوع، وذلك يعتبر عاملاً مهمًا بالنسبة إلى المعاقين.
- عادة يستغرق تدريب المعاقين ذهنيًا من الذكور أكثر من الوقت الذي يستغرقه الإناث؛ وكلاهما يتمكن من ضبط التبرز والتبول أثناء النهار أكثر من الليل وعادة يتمكن الطفل من ضبط التبرز أكثر من التبول.
- إن استقامة الرأس والجذع عاملان ضروريان للجلوس على كرسي المرحاض وأن تلامس قدماه سطحًا ثابتًا وأن يتمكن من الاتكاء على ساعديه.

١١ـ تدريب الطفل المعاق على الذهاب للحمام

يحتاج تدريب أي طفل على الذهاب للحمام إلى صبر ومواصلة وهذا للطفل غير المعاق. وقد تحتاج إلى صبر أكبر إذا كان الطفل به إعاقة.

الخطوات:

- اجمع بعض المعلومات عن طفلك لفترة ٢ – ٣ أيام: كم مرة يحتاج الذهاب للحمام؟ لذلك عليك بتحسس ملابسه الداخلية كل ٢٠ دقيقة، ومعرفة عدد مرات التبول ووقت والتبرز.
- حول عدد ساعات الاستيقاظ إلى دقائق.
- اقسم عليها عدد المرات التي أخذت ابنك فيها إلى الحمام مثال: عدد الساعات ١٠ تضرب في ٦٠ = ٦٠٠ دقيقة؛ ويقسم هذا العدد على مرات الذهاب للحمام؛ فإذا كانت عدد تلك المرات ٦ مثلا فإن ابنك يحتاج الذهاب للحمام كل ١٠٠ دقيقة.

الآن تستطيع البدء في برنامج التدريب:

فعليك أن تأخذ ابنك للحمام ضعف العدد الذي حصلت عليه أثناء جمع المعلومات مثلا: بعد الرجوع إلى الخطوة رقم ٢ عليك أن تأخذه إلى الحمام كل ٥٠ دقيقة أي ١٢ مرة أثناء ساعات الاستيقاظ، ولا تنس الوقت الذي تعود الطفل عليه كي يتبرز.

في كل مرة تأخذه للحمام، عليك أن تقول ذلك لطفلك بالأسلوب الذي تعود عليه: وبمرور الوقت سيكون بينك وبين طفلك كلمة أو حركة أو إشارة تعني لكما: "آن وقت الحمام".

اجعل الحمام مكانًا مريحًا لطفلك؛ وربما وضع بعض اللعب المحببة له.

لا تستخدم القوة والعنف؛ فإذا لم توجد رغبة لديه للذهاب للحمام جرب مرة ثانية لا يزيد الوقت على ٥-٧ دقائق؛ فهذا الوقت كافٍ ليتبين لك ما إذا كانت هناك رغبة للتبول أو التبرز.

امنح طفلك بعض التشجيع في كل مرة ينجح فيها، وخصوصًا في الأسابيع الأولى لبرنامج التدريب.

ملاحظة: يمكنك أن تكيف البرنامج بتقليل عدد المرات حتى يتم الاعتماد على نفسه.

١٢ـ تنمية مهارات الطفل المعاق ذهنيًّا بوسائل متوافرة في المنزل:

الأدوات والأشياء المقترحة لاستخدامها في اللعبة، هي مجرد مقترحات قابلة للتعديل حسب المتاح في البيئة والخامات المتوافرة في المنزل. تهدف هذه الألعاب إلى تهيئة مناخ يساعد الطفل على النمو في المجالات كافة من خلال اللعب.

من هذه الألعاب:

(أ) لعبة البطاقات

الهدف من اللعبة:

- تنمية مهارات القراءة.
- تنمية القاموس اللغوي.

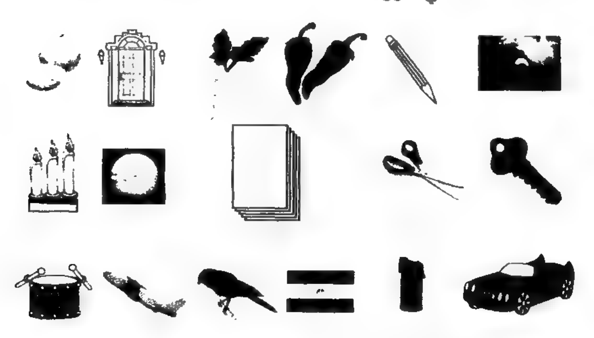
الخــامــات:

- كرتونة بيضاء كبيرة، تقسم إلى مربعات ويرسم بكل مربع صورة كما مبين بالرسم.
- تقص بطاقات صغيرة بالحجم نفسه؛ ويكتب عليها باللون نفسه أول حرف من كل كلمة موجودة في الكرتونة الكبيرة التي رسم عليها.

طريقة اللعب:

تبدأ اللعبة بأن يمسك الطفل البطاقة الأولى ويقرأ الحرف، ويمكن أن تساعده الأم في ذلك. ويحاول الطفل إيجاد الكلمات على البطاقة الكبيرة التي تبدأ بالحرف نفسه؛ ولنفرض أنه حرف (ق) عندما يجد الطفل الكلمات المناسبة يحاول أن يجد ما هـــي البطاقة التي في يده هل هي قلم أم قمر؟

فإذا حذر احتفظ بالبطاقة؛ وإن لم يُحذر توضع البطاقة تحت البطاقات الجانبيـــة. وهكذا حتى تنتهي البطاقات. وفي نهاية اللعبة ممكن أن تطلب من الأولاد أن يسمي كل طفل البطاقات التي بحوزته.



(ب) لعبـة الزجـاجـة السـحرية:

تناسب الأطفال الذين يفشلون عادة في الألعاب الأخرى؛ وتعطي سعادة للمعاقين ذهنيًا وأطفال التوحُد.

أهداف اللعبة:

- أن يشعر الطفل بالوزن الثقيل عند حمله الزجاجة.
- أن يركز بصره على الأضواء التي تلمع داخل الزجاجة.

الخـامات:

زجاجة بلاستيك فارغة:

أشياء صغيرة تلمع مثل: كسر الألماظ – قـصاصات ورق الـشيكولاتة أو مـا تستعمله بعض الأمهات للمكياج كبرق جلسرين أو زيت.

طريقة العمــل:

تملأ نصف الزجاجة بالجلسرين أو خليط منه مع الماء ونضع الأشياء الملونــة داخل الزجاجة ونرجها؛ حيث ستعمل على جذب انتباه الطفل المعاق.



١٣ـ نماذج من المعاقين ذهنيًا:

سنورد حالتين من حالات التخلف العقلي:

(١) الحالة الأولى:

تتحدث أم كارين عن ابنتها:

في الأشهر الخمسة الأولى لم ألاحظ شيئًا غير عادي على ابنتي، ولكن مع بداية الشهر السادس شعرت أنها ليست كأختها الأكبر منها عندما كانت في مثل سنها. فلم

تكن تقوى على الجلوس وحدها، وعندما كنت أجالسها سرعان ما كانت تتكفأ على وجهها أو إلى الخلف. فذهبت لمراجعة الطبيب وسألته عما إذا كان بها أي شيء غير عادي فطمأنني الطبيب بأن كل ما في الأمر تأخر بسيط في النضج وليس هناك داع للقلق. ولما بلغت الشهر الثامن لم تكن تقوى على الوقوف بمفردها أو المشي، ولهذا كان لا بد من مراجعة طبيب أطفال آخر؛ حيث أخبرني أن عظامها ضعيفة ولا تقوى على حمل جسمها، وأعطاني علاجًا للغدة الدرقية ولكنه لم يأت بأية نتيجة. وعندما بلغت العامين بدأنا نقلق عليها فعلاً. فالأطفال في عمرها يتكلمون في حين أنها لم تتمكن من ذلك، بل اقتصرت على بعض الألفاظ المبهمة وبدأنا ننتقل بها من طبيب إلى آخر ومن عيادة إلى أخرى نبحث عمن يطمئننا ولكننا لم نتلق أية إجابة أو أي تشخيص إيجابي. وربما لأنهم جميعًا كانوا يركزون على الكلام والمشي وقد أمضيت الساعات الطويلة لتدريبها على المشي والكلام دون جدوى.

وفي الثالثة من عمرها فرحنا؛ لأنها تعلمت الذهاب للحمام وحدها وبدأت تمشي قليلاً؛ وفيما بين الثالثة والرابعة بدأت تتحدث بعض الكلمات في هذا الوقت بالذات بدأنا نحس أنها قد تكون متخلفة عقليًا، ولكن لم يشر أحد من الأطباء الذين فحصوها إلى إحساسنا هذا. وعندما سألنا الطبيب عن ذلك أجاب بصراحة أنه لا يعرف ونصحنا بالتوجه إلى إخصائي نفسي وقد تلقى تقريرًا من الإخصائي مفاده أن لدى الفتاة تأخرًا حادًا، حيث إن نسبة ذكائها كانت ٣٦ بينها اختبار ستانفورد – بينيه – وينصح بتحويلها إلى إحدى المؤسسات الرعاية الخاصة.عندما أخبرني الطبيب بتقرير الإخصائي النفسي غادرت مكتبه وعيناي مغرورقتان بالدموع. وعندما عدت بابنتي إلى البيت، تقبلنا تشخيص الإخصائي النفسي، ولكننا رفضنا إيداعها في مؤسسة الرعاية الخاصة رغم نصيحة البعض لنا بأنها ستتحسن لو أرسلت إلى هناك، وشرعنا فورًا في وضع خطة للعناية بها في الأسرة.

تعليق:

نحن أمام حالة التخلف العقلي القابل للتدريب يمكن أن تفيدنا في التالي:

١- إن ملاحظة أي مظهر غير عادي من مظاهر نمو الحالة لا بد أن يلفت انتباه الوالدين. وهذا يتأتى من مقارنة الحالة بغيرها كما حدث هنا. ومن مقارنة ما تؤديه من سلوكيات مع ما يجب أن تؤديه في عمرها الحالي.

٢- التشخيص غير الدقيق والتركيز على المظاهر الخارجية للظاهرة ربما يؤخر الكشف عن المشكلة الحقيقية، وبالتالي تضيع فرصة العلاج المناســبة فــي الوقت المناسب.

٣- ليس من السهل إعطاء قرار بالحالة من طرف غير المتخصصين، ولهذا لا بد للطبيب من الاستعانة بذوي الاختصاص لمساعدته في اتخاذ القرار المناسب.

٤- إن اعتماد التشخيص في هذه الحالة على نتائج اختبار الــذكاء وحــده لا يكفي. ولا شك أن ما رافق التقرير من ملاحظات عن تأخر النمــو لــدى الحالة وتأخر الوظائف الحركية كالزحف والمشي والكلام.. إلخ تدعم كلها نتائج الاختبار.

٥- إن التوجيه بإيداع الحالة في مؤسسة رعاية خاصة ليس له ما يبرره ما دامت الأسرة تقبل هي بتلك الرعاية.

٦- لا شك أن اكتشاف حالة التخلف العقلي يتشكل صــدمة للوالــدين لا يمكــن التغاضي عن آثارها النفسية عليهما.

٧- ولكن الأسرة المؤمنة بقضائها وقدرها سرعان ما تتجاوز تلك الآثار وتبدأ في أداء واجبها نحو تلك الحالة.

(٢) الحالة الثانية:

لم يثبت أن كيرك متخلف عقلي إلا في الحادية عشرة من عمره. وبدراسة تاريخ نموه تبين أنه لم يمش إلا في الشهر التاسع عشر، وكان يعاني آلاما في أذنه ويشكو

من عدم قدرته على السمع الجيد بإحدى أذنيه. سلوكياته قبل المدرسة تكاد تكون عادية، وبتتبع حالته في المدرسة لوحظ رسوبه المتكرر؛ ولكنه كان منضبطاً للنظام المدرسي.

في الصف الأول الابتدائي لاحظ مدرسٌ أنه غير ناضج في تصرفاته، ومهمل في أداء وظائفه المدرسية. وفي الصف الثاني أفاد مدرسه أنه فشل في تعلم القراءة وبعض المفاهيم؛ وقد وافق والده على أن يعيد الصف الثاني ولكن مع هذه الإعادة لم تتحسن قدراته في القراءة والحساب؛ ثم رفع أوتوماتيكيًا لثلاث سنوات متتالية ولكن مستواه الدراسي ظل متدنيًا، ومع هذا بقي كيرك في الصفوف العادية دون تلقٍ لأي علاج خاص.

ومن الجهة الأخرى أفاد مدرسوه أنه طفل جذاب، مقبول من التلاميذ الآخرين، متعاون مع مدرسيه ولا يبدو أن لديه مشكلات انفعالية، كما كانوا يتوقعون منه نتائج أفضل في السنتين الأوليين. وعندما بلغ الحادية عشرة درست حالته في اجتماع ضم مدرسيه القدامى وممرضة المدرسة ومديرها، وتقرر تحويله إلى الإخصائي النفسي في المدرسة للتأكد من قدراته العقلية.

أجرى له الإخصائي النفسي سلسلة من الاختبارات وقدر أن مستواه العقلي في القراءة والحساب يعادل مستوى الصف الثاني؛ وقاموسه اللغوي يعادل مستوى الصف الثالث. وأخطاؤه الإملائية ناتجة من عدم قدرته على التمييز بين الحروف المختلفة. أما نسبة الذكاء فقد كانت ٦٢ وقد بين اختبار ستانفورد بينيه أيضًا ضعفاً عامًا في: القدرة على الفهم والقدرة على الاتصال مع المفاهيم المجردة، وإدراك العلاقات، وإصدار الأحكام والتعليل. وقد أوصى الإخصائي النفسي بضرورة وضعه في الأقسام الخاصة وقد اجتمع مع والديه لإقناعهما بضرورة هذا.

وقد أعيدت دراسة حالة كيرك في الرابعة عشرة وفي السابعة عشرة من عمره وقد لوحظ في الدراسة الأخيرة أن نسبة ذكائه بلغت ٦٥ وأن تحصيله الدراسي

وصل إلى مستوى الصف الرابع. أي أن التغير طفيف جدًا وهنا قرر والداه علـــى إخراجه من المدرسة فأقام في البيت سنه كاملة وبعدها انضم طواعية إلى برنـــامج خاص بالرعاية يقوم على الدراسة والعمل Study Program–Work.

ونظرًا لكبر سنه، فقد عهد إليه بالعمل طوال الأسبوع في إحدى البقـــالات مـــع حضور جلسات إرشادية مسائية. وقد أوصى الإخصائي النفسي ومرشده الخاص به أن يكون تعليمه منصبًا على المهارات الحسابية والمهـــارات الكتابيـــة، وشـــؤون الميزانية ومتطلبات العمل. وقد انسجم كيرك مع هذا البرنامج في العمل؛ وصـــار يبدي رغبة قوية في الحصول على المال، وبدأ يبحث عن مهنه أفضل. وقد لاقـــى تشجيعًا من مرشده وصار قادرًا على تحمل مسؤولية العمل بشكل ممتاز.

تعليق:

هذا نمط من التخلف العقلي البسيط القابل للتعلم الذي لم يكتشف إلا في الحاديـــة عشرة من العمر ويلاحظ عليه:

١- ليس في تاريخ نموه أية ظواهر جسمية أو سلوكية شاذة إلى حد أنها تلفـــت نظر والديه.
٢- إن ما لفت الانتباه إليه هو فشله الدراسي.
٣- اعتماد تشخيص الإخصائي النفسي له على سلسلة من الاختبـــارات ليقـــيس مستواه التحصيلي والعقلي ويحدد مواطن الضعف لديه.
٤- اتُبعت في رعايته طريقتان:
  - وضعه في أقسام خاصة لم يؤد إلى أي نتيجة تذكر.
  - إخراجه من المدرسة وتطبيق نظام قائم على الدراسة الوظيفية التي تخدم العمل الذي يعهد إليه. وقد نجحت هذه الطريقة في جعله ينجح وبالتالي رفع روحه المعنوية
٥- تعاون الوالدين مع الإخصائي النفسي يساعد في إنجاح أية خطوات علاجيـــة توجه للحالة.

١٤ـ واجب المجتمع تجاه المتخلفين عقليًا وأسرهم:

تأتي في مقدمة التحديات التي تواجه القائمين بتخطيط برامج الخدمات للمتخلفين عقليًا أساليب التعرف على الأفراد الذين يتصفون بالتخلف العقلي، وتوجيه هؤلاء الأفراد نحو الأساليب التشخيصية الملائمة. تستمر عملية التوجيه هذه ممثلة في التعرف على الخدمات المجتمعة المتاحة بالفعل؛ لتمكين هؤلاء الأفراد وأسرهم من استخدام قدراتهم الشخصية والمصادر المجتمعية إلى أقصى حد ممكن.

وبطبيعة الحال يوجد عدد كبير من البرامج التي نضعها في تقديرنا عند تقييم مدى توافر الخدمات المجتمعية أو نقصها لمواجهة الحاجات الفردية لكل شخص متخلف، وعلى الرغم من أن الموضوع الحالي لا يقدم وصفًا كاملاً لجميع الخدمات التي يمكن إتاحتها المتخلفين عقليًا فمن الضروري لأي برنامج للخدمات المجتمعية – حتى في أدنى مستوى له – من أن يتضمن المصادر التالية:

(١) الخدمات التشخيصية والتقيمية Diagnostic & evaluative Services:

يمكن الحصول على الخدمات التشخيصية والتقيمية بوجه عام من العيادات المهنية العامة أو الخاصة، وفي نطاق هذه المجموعة من الخدمات؛ لا بد من توافر برامج للتعرف المبكر على حالات التخلف العقلي؛ علاوة على ذلك لا بد من توافر الأساليب الإرشادية بهدف مساعدة الأسرة والأقارب على التخطيط بعيد المدى لحالة التخلف وعلى التوجيه المهني للشخص المتخلف.

(٢) خدمات التربية الخاصة Special Education Services:

تقع مسؤولية توفير فرص التعليم المدرسي للأطفال المتخلفين في سن المدرسة – على النظم التعليمية العامة؛ وهذا يقتضي تطوير البرامج التعليمية بالشكل الذي يجعلها قادرة على مواجهة الحاجات الخاصة لكل طفل متخلف؛ كما يجعلها تتمشى مع قدراته وتساعده على تنمية أقصى مستوى ممكن من الأداء الوظيفي وتطويره. من ناحية أخرى يحتاج المعلمون الذين يعملون مع الأطفال المتخلفين إلى تأهيل مهني جيد وتدريب خاص على التدريس لمثل هؤلاء الأطفال.

ومن الضروري أن توفر النظم المدرسية خبرات تغطي المدى الكامل للتخلف العقلي، بما في ذلك التخلف العقلي الخفيف والمعتدل، ويجب أن توفر المدرسة برامج تتيح تكوين صلات وثيقة بين التعليم والتدريب المهني والتوظيف.

أما بالنسبة للأطفال المتخلفين في سن ما قبل المدرسة، فإن دور الحضانة ورياض الأطفال إذ ما تم تشغيلها بشكل جيد، وإذا ما توافرت لها برامج تعليمية متوازنة ومعلمون مؤهلون؛ فإنها تعد من نوع الخدمات بالغة الأهمية. وتكتسب برامج ما قبل المدرسة أهمية خاصة عندما ما يتعلق السبب في التخلف بالحرمان الاجتماعي والثقافي، إذ تتيح برامج ما قبل المدرسة آفاقًا واسعة جديدة أمام الأطفال المتخلفين الذين ينتمون إلى بيئات محرومة اجتماعيًا وثقافيًا تزودهم بالدافعية اللازمة للتعليم.

(٣) برامج التأهيل المهني Vocational Rehabilitation Programs:

الإعداد والتأهيل المهني هي المسالك التي يمكن من خلالها تأمين الفرص أمام الشخص المتخلف لعمل تعويض واستقلال اقتصادي؛ إذ تؤدي خدمات الإعداد والتأهيل إلى تحسين مهارات الأفراد المتخلفين، ومن ثم تجعل بمقدورهم الاستفادة من مدى واسع من فرص العمل. وهذا يقتضي أن تتضمن الخدمات التأهيلية برامج لما قبل التوظف وبرامج تقيمية وخدمات توظيف الأفراد القادرين على مزاولة بعض الأعمال التي تتطلب نوعًا من المهارة، كذلك توفير ورش العمل المحمية لتقديم التدريب المتصل والتشغيل بعيد المدى للأشخاص من غير القادرين على العمل في أعمال أخرى غير تلك الأعمال التي تتوافر فيها الحماية. والأعمال التي لا تتطلب مهارة أو منافسة وتضم الخدمات التأهيلية برامج للأنشطة خاصة بهؤلاء غير القادرين على العمل في الأماكن المحمية. ومثل هذه البرامج تساعد الطفل المتخلف على تعلم الهوايات والمشاركة في الأنشطة البناءة البسيطة التي قد يحصل منها على أجر أو قد تكون دون أجر.

(٤) الخدمات الاجتماعية Social Services:

الخدمات التي يمكن أن تقدمها المؤسسات الاجتماعية للمتخلفين عقليًا عديدة ومتنوعة. تضم هذه الخدمات على سبيل المثال:

- خدمات تكوين الأسرة والمعونات المالية.
- وخدمات الحماية والإرشاد النفسي قصير المدى وطويل المدى للشخص المتخلف وأسرته.
- وبرامج التدريب المنزلي.

ولما كان عدد كبير من الأفراد المتخلفين عقليًا يحتاجون إلى مثل هذه الأنواع من الخدمات، فإن المهم ليس توافر هذه الخدمات فقط، بل من المهم أيضًا أن تكون هذه البرامج منظمة وتقدم بطريقة توجه الحاجات الخاصة للأفراد المتخلفين. ومن الضروري إذن توافر هذه الخدمات الاجتماعية إلى جانب إخصائيين مؤهلين للتعامل مع المشكلات التي تقع في نطاق كل مجال من مجالات برامج الخدمات المشار إليها. ومن الضروري أيضًا توفير المعلومات والبيانات وبرامج المساعدات المالية للأطفال المتخلفين عقليًا وأسرهم.

وبالإضافة إلى كل ذلك يحتاج الأمر إلى توفير برامج للرعاية المهارية تكون تحت إشراف جيد وبحيث تجيزها السلطات المهنية.

وأخيرًا، فإن الخدمات الاجتماعية يجب أن تنسق البرامج الإكلينيكية وبرامج الخدمات للأفراد المتخلفين عقليًا بهدف مساعدة الطفل وأسرته على تحقيق أعلى مستوى ممكن من الأداء الوظيفي الاجتماعي.

(٥) البرامج الترويحية Recreational Programs:

مما لا شك فيه أن الطفل المتخلف عقليًا يحصل على فوائد عظمى جسمية واجتماعية وتعليمية؛ وذلك من خلال المشاركة في الأنشطة الترويحية الملائمة. ويكتسب هذا النوع من الخدمات أهمية خاصة بالنسبة للمتخلفين، نظرًا لما يوفره لهم من مساعدة في مجال التطبيق الاجتماعي مع الآخرين. ومن ثم يصبحون أكثر

حنكة في المواقف الاجتماعية، وأكثر قدرة على الأداء الوظيفي المستقل، إذ يتـيح النشاط الترويحي مواقف النجاح من خلال الاستخدام القيم والمفيد لأوقات الفـراغ. على أن أنواع البرامج التي يستطيع الأطفال المتخلفون عقليًا المشاركة فيها بـشكل معقول تعتمد اعتمادًا كبيرًا علـى المـستوى التعليمـي، وشـدة حالـة التخلـف، والإمكانيات الجسمية للفرد. وتجدر الإشارة هنا إلى أن كثيرًا من البرامج الترويحية العادية، إذا ما أدخلت عليها التعديلات الضرورية، فإنها غالبًا ما توفي بالحاجـات الخاصة للمجالات الترويحية للمتخلفين عقليًا.

وربما يشعر الأطفال المتخلفون بالوحدة التامة إذا لـم تتـوافر لهـم الفـرص الترويحية التي يسمح بالحياة الاجتماعية والاستمتاع بصحبة الآخرين الذين يعـدون رفاقًا لهم جسميًا وعقليًا. على أنه يجب مساعدة الطفل المتخلف على المشاركة في تلك الأنشطة فقط التي لا تصل به إلى نقطة الشعور بالإحباط. بالنسبة للأفراد الذين تنقصهم مهارات التنسيق الجيد، أو الذين يكونون بنوع من الإعاقة الجـسمية فـإن وجودهم كمتفرجين في موقف ترويحي يكون في كثير من الأحيان ممتعًا لهم تمامًا كما لو كانوا مشاركين إيجابيًا في هذا النشاط. ومن الأشياء بالغة الأهمية أن نتذكر دائمًا أن الأنشطة الترويحية يجب أن تهدف لأن تكون مـصدرًا للمتعـة والتـسلية ومعينة على التطبيع الاجتماعي في الوقت نفسه.

باختصار يمكن القول بأن برامج الخدمات الترويحيـة المتوازنـة للأشـخاص المتخلفين عقليًا يجب أن تـضم بعـض الأنـشطة التاليـة أو كلهـا: الكـشافة، والمعسكرات، وبرامج التنمية الاجتماعية، والتربية الرياضية، والسباحة، وجماعـة الهوايات، ونوادي الشباب، والرحلات، والزيارات، والفنون، والعـزف، وبعـض الأنواع الهادئة من المباريات.

أما بالنسبة للأطفال المتخلفين عقليًا بدرجة أكثر شدة، فلا بد من توجيه عنايـة خاصة إلى تنظيم الأنشطة الملائمة لقدراتهم المحدودة، ويجب ألا نفترض أن هؤلاء الأطفال غير قادرين على المشاركة في الأنشطة الترويحية أو غير راغبين فيها.

(٦) البرامج الدينية Religious Programs:

تستطيع المؤسسات الدينية تقديم خدمات للمتخلفين عقليًا وأسرهم بطرق وأساليب تختلف عن معظم البرامج المجتمعية الأخرى..

(١) تستطيع دور العبادة أن تفسر مشكلات المتخلفين وحاجاتهم الخاصة للأعضاء المشاركين في الشعائر وعلى نطاق المجتمع ككل.
(٢) تستطيع دور العبادة أن تخفف من هموم أسر المتخلفين عقليًا عن طريق إتاحة الفرص أمامهم للمشاركة في الأنشطة الدينية، ومن خلال أساليب الإرشاد الديني.
(٣) تستطيع دور العبادة أن تقدم برامج تعليمية دينية ذات طبيعة خاصة تهدف إلى مواجهة الحاجات الروحية للأطفال.

يؤمن كثير من رجال الدين ورجال العلم على حد سواء أن الجانب الروحي في الحياة ربما كان مغزى للشخص المتخلف عقليًا عما هو الحال بالنسبة للفرد العادي.

لقد وجد أن المتخلفين كثيرًا ما يستجيبون تمامًا لفرص التطبع الديني والتوجيه الديني. وفي وسع كثير من دور العبادة في الوقت الحاضر أن تقيم دورًا للحضانة ورياض الأطفال للمتخلفين عقليًا لتستطيع هذه الدور أيضًا أن توفر أماكن للدراسة أو اللعب يخصص لمدارس المتخلفين عقليًا في البيئة المحلية أو الفصول الخاصة بهم.

يدرك رجال الدين – من ناحية أخرى – أهمية الإرشاد والوعظ الديني لآباء الأطفال المتخلفين عقليًا وأمهاتهم. وفي بعض الأحيان قد لا يرغب الوالدان في البحث على المساعدة من جانب النظم المهنية كالخدمات الاجتماعية أو الطب أو التمريض أو التعليم – لكنهم – في الوقت نفسه – قد يبحثون عن الإرشاد والتوجيه من جانب رجال الدين. ويدرك كثير من هؤلاء القادة أنهم يستطيعون تقديم مساعدات قيمة للوالدين في تنشئة الطفل المتخلف، وفي تعلم طرق تفهم مشكلاته ومخاوفه على نحو أفضل.

(٧) برامج الرعاية الداخلية Residential Programs:

من الضروري توفير التسهيلات للرعاية الداخلية لخدمة جميع الأطفال المتخلفين عقليًا ممن يحتاجون إلى رعاية طويلة المـدى أو قـصيرة المـدى. ومثـل هـذه التيسيرات (التسهيلات) يجب أن تكون خدمات الرعاية الداخلية قائمة على أسـس مجتمعية وأن تقتصر على أولئك المتخلفين. وهذه الأنواع من البرامج هي أفـضل الطرق لمواجهة حاجاتهم الخاصة. ويمكن وضع سبعة مفاهيم أساسية تتبعها جميع برامج الرعاية الداخلية إذ أرادت أن تكون برامج جيدة للمتخلفـين عقليًـا. وهـذه المفاهيم هي:

(أ) أن يتوافر للمؤسسة الداخلية برنامج متوازن يحصل فيه كل مقـيم علـى نصيب عادل من الخدمات.

(ب) أن يتوافر للمدرسة إخصائيون وبرامج موجهة نحو العلاج والتعليم والتأهيل.

(ج) أن تكون المباني والتجهيزات المادية للمؤسسة على أعلى درجات الكفاءة والاستخدام بشكل دائم، وأن تكون جاذبة في مظهرها.

(د) أن تضع المؤسسة تأكيدًا على عودة المقيم بها إلى أسرته ومجتمعه تمامًا كما هي مهمة بالطفل المتخلف عقليًا ومتمشية مع الخدمات المجتمعية القائمة.

(ه) أن تعمل المؤسسة في إطار من التعاون مع المؤسـسات الأخـرى ذات الصلة مثل: المؤسسات الصحية العامة والخاصة، ومؤسـسات التعلـيم والخدمات الإجتماعية.

(و) أن تكون المؤسسة على علم بالأهمية القصوى لعلاقة كل مقيم فيها بوالديه وأقاربه وأصدقائه الذين يجب أن يشاركوا – كلما كان ذلك ملائمًا – فـي التخطيط للموقف الراهن المقيم وكذلك في وضع الأهداف المستقبلية.

(ز) أن تكون المؤسسة مزودة بإخصائيين على مستوى ملائم الكفـاءة. مـع توافر عدد كافٍ من المهنيين المؤهلين والمـسؤولين الإداريـين لتقـديم الخدمات الملائمة للمقيمين بالمؤسسة.

ويتفق عدد كبير من الإخصائيين في مجال التخلف العقلي على أن تسهيلات الرعاية الداخلية للمتخلفين يجب ألا تكون ضخمة الحجم وألا تكون معزولة أو مغلقة في وجه الوالدين والأقارب.

على عكس ذلك يرى هؤلاء قيام هذه المؤسسات على أساس مجتمعي، وأن تكون مفتوحة أمام الجميع، وهذا يعني أن تكون المؤسسة صغيرة الحجم، وأن تكون برامجها أشبه بالحياة الأسرية وأن تصمم بغرض توفير الخدمات لكل شخص مقيم كفرد، بحيث يكون معروفاً للجميع، وأن يجد معاملة تتسم بالاحترام والمحافظة على كرامة الإنسان.

وعند ذكر مصطلح الرعاية الداخلية كثيراً ما يتجه التفكير إلى معاهد أو مؤسسات حكومية وخاصةً لرعاية المتخلفين عقليًا، إلا أنه بالإضافة إلى هذه المعاهد والمؤسسات يمكن توفير أنواع أخرى من برامج الرعاية الداخلية نذكر منها ما يأتي:

أ ـ البيوت المرحلية Halfway House:

تعتبر هذه البيوت من الخدمات العلاجية قصيرة المدى التي تقدم للأشخاص الذين لم يعودوا بحاجة إلى الرعاية الداخلية ويحتاجون في الوقت نفسه إلى فترة من الإشراف والعلاج قبل عودتهم إلى مجتمعاتهم مرة أخرى.

تتيح برامج هذه البيوت عادة مواقف للحياة الجامعية المؤقتة في الوقت الذي يكتسب فيه الشخص المتخلف المهارات الاجتماعية والمهنية اللازمة للوظيفي الناجح في إطار المجتمع العام.

ب ـ تسهيلات الرعاية الجماعية Facilities - Croup Care:

يتكون هذا النوع من الخدمات – بوجه عام – من برامج للرعاية الجماعية المقيمة تكون من السلطات المعنية، وقائمة على أسس مجتمعية وتوفر برامج شبه أسرية للمتخلفين عقليًا ممن يحتاجون إلى إشراف يمتد على مدى الأربع والعشرين ساعة يوميًا. والأطفال المتخلفون الذين يستخدمون هذه الأنواع من التسهيلات يكونون عادة قادرين على نوع من الرعاية الذاتية، إلا أنهم غير قادرين على الحياة

المستقلة. ومثل هؤلاء الأفراد يحتاجون إلى إشراف مباشر لكنه يتميز بالمرونـة، وهم قادرون في معظم الأحيان على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية.

جـ- بيوت الإقامة Boarding Houses:

بوجه عام، هذا النوع من الخدمات هي تسهيلات للمتخلفين عقليًا لا يتوافر فيها نوع من التنظيم أو الإدارة؛ والأشخاص الذين يقيمون في هذه البيوت لا يخضعون لأيه قواعد أو نظم فيما عدا تلك التي تقرر عشوائيًا من جانب إدارة البيت.

وهذا النوع من التسهيلات لا يخضع لأي شكل من أشكال الإشراف مما يتـيح الفرصة لأي شخص متخلف أن يترك المكان في أي لحظة.

٨- برامج الرعاية النهارية Care Programs - Day:

ترجع أصول برامج الرعاية النهارية إلى تلك البرامج التي كانت تقدم للأطفـال العاديين الذين يحتاجون لأن يوضعوا تحت رعاية بعيدًا عن منازلهم لفتـرة مـن النهار، عندما يتطلب الموقف مساعدة خارج نطاق الرعاية العادية التي يمكـن أن تقدمها الأسرة. وضعت هذه البرامج في الأصـل للأمهـات العـاملات وركـزت اهتمامها على أساليب الرعاية البديلة. غير أن تعريف الرعاية النهاريـة بالنـسبة للمتخلفين عقليًا ليس بهذه الدرجة نفسها من الوضوح والتحديد؛ فلقد فسرت الرعاية النهارية على أنها أي نوع من الرعاية يضم تجميعًا على نحو أو آخر من الأنـواع الثلاثة الآتية من البرامج للأشخاص الذين يعانون من التخلف العقلي:

(أ) برنامج يوضح لرعاية الطفل أثناء النهار لإتاحة الفرصة للتخفيـف عـن الوالدين من الضغوط والتوترات على مدى أربع وعشرين ساعة يوميًا من الرعاية للابن المتخلف.

(ب) برنامج إعدادي نهاري يصمم بهدف مساعدة الطفل المتخلف عقليًا علـى الانتقال إلى المدرسة العادية.

(ج) برنامج نهاري يصمم بقصد توفير الرعاية بعد الساعات المدرسية للأطفال المنتظمين في المدارس العادية والذين لا تستطيع أسرهم رعايتهم فيما بين انتهاء اليوم المدرسي وفترة المساء.

وتجدر الإشارة إلى أن برامج الرعاية النهارية للأطفال المتخلفين عقليًا لا بد أن تكون أقصر من برامج المحافظة على الأطفال، فمن الضروري أن تضم هذه البرامج ضمن أنشطتها بعض الخدمات التعليمية والترويحية والصحية لها طبيعة خاصة؛ إذ تصمم بقصد إشباع ميول كل طفل متخلف ورغباته.

١٥ـ الرعاية النفسية والاجتماعية للمتخلفين عقليًا:

يقصد بالتخلف العقلي: توقف نمو المراهقين قبل اكتمال نضوجه ويحدث قبل سن الثانية عشرة لعوامل فطرية وبيئية ويصاحبه سلوك توافق سيئ.

والمتخلف عقليًا شأنه شأن بقية المعاقين له حقوق المجتمع، بل ربما كان هذا المعاق أكثر احتياجًا من أي فئة أخرى للرعاية من حيث إنه لا يعرف ما ينفعه ولا ما يضره، كما أنه لا يميز بدرجة أو بأخرى بين خصائص الأشياء وطبيعة المدركات.

من هنا فإن العناية بهذا الصنف من المعاقين تمثل ضرورة إنسانية واجتماعية، وذلك من أجل مساعدته على تنمية مهارات مناسبة تساعده على حسن التكيف مع الواقع.

ويمكن رعاية هذه الفئة عن طريق:

(أ) تنمية السلوك المعرفي:

ربما كان أهم استعداد ينبغي تنميته عند التخلف عقليًا هو المقدرة على الفهم؛ وهذا لا يأتي إلا من خلال تنمية حواس المعاق، وتوجهه لاستخدامها الاستخدام المناسب، ثم تتدرج الرعاية إلى تنمية الإدراك الحسي المعتمد على الحواس عن المعاق وهو ما يستغرق وقتًا طويلاً وجهدًا أكبر. وينبغي أن يتم من خلال مؤسسة ووفقًا لخطة علمية، حتى لا يضيع الجهد المبذول دون تخطيط أو توجيه. وبعد أن يصل المتخلف عقليًا إلى القدرة على الإدراك يبدأ تدريبه على الفهم، وهذا يتم من خلال تقديم المدركات (التي أصبح على ألفة بها) إليه بأحجام وألوان وفي تجميعات

مناسبة متدرجة حتى يمكن للمتخلف في مرحلة ما التمييز بين الفئات المختلفة مـــن الأشياء؛ ويبدأ في استخدامها وفقًا لخصائص فئاتها.

(ب) تنمية السلوك الوجداني:

وهذا عن طريق تنمية السلوك المعرفي؛ ولا يقل عنه أهمية أن تنمية الـسلوك الوجداني، وربما تنمية دوافع وحاجات المعاق ينبغي أن تتم وتوجه وتحترم. كما أن خصائصه وسماته الشخصية يجب ألا تعامل بحسابها أنها تخص شخـصًا سـويًا متمتعا بالصحة النفسية. فكثيرًا ما يوجد اضطراب نفسي أو سوء توافق مـصاحب للتخلف العقلي. وهو ما ينبغي أن نضعه في الاعتبار عند التعامل مع هذا المعاق.

(جـ) مساعدته على فهم ذاته وتنمية دوافعه:

إن مساعدة المعاق على فهم ذاته ودوافعه، والتوافق مع واقعة فهذه مهمة تحتاج إلى أن نبدأ بتقبل المتخلف عقليًا. وبذل الجهد لجعله منتبهًا إلى الواقع وما يدور فيه ومهتمًا ببعض الجوانب التي يمكن أن يتعلق بها وتمثل بالنسبة له مواضيع جاذبة.

كذلك فإن عدم العنف مع المتخلف عقليًا عادة ما يساعده على عـدم الاسـتجابة بعنف للمواقف التي يتعرض لها.

بإيجاز مطلوب منا مساعدة المتخلف على أن يهتم بنفـسه وبمجتمعـه ويتعلـق بجماعته، ويحدد لنفسه هدفًا ولو متواضعًا يطمح إلى بلوغه، على أن يسير هذا جنبًا إلى جنب مع تنمية مهاراته وقدراته.

(د) دور المجتمع:

أما عن دور المجتمع ممثلاً في الأسرة والمدرسـة وغيرهـا مـن مؤسـسات اجتماعية، فإن هذا الدور يتمثل أساسًا في تقبل المتخلف عقليًا بيننا كواحد له علينـا حقوق أكثر من حقوق الأشخاص العاديين.

الفصل الثالث

الإعـــاقة الحركية

1- مـاهــيـة الإعـاقة الحـــركة.
2- أســباب الإعــاقـة الحــركية.
3- الوقـاية من الإعـاقة الحركية.
4- فن التعامل مع المعاق حركيًا.
5- الأطفال الذين يعانون من صعوبات في الحركة.
6- فئـات الإعـــاقة الحركيـــة:
   - مبتور أحد الأطراف أو أكثر.
   - المشلولون.
   - المقعـدون.
7- العوامل التي تؤثر في شخصية المعاق حركيًا.
8- المشكلات النفسية لذوي الإعاقة الحركية (الجسمية) وأساليب علاج تلك المشكلات.
9- الأسرة والمعاق حركيًا.
10- الكرســــي النقـــال.
11- تـدريبـــات للمعـــاقين حـركيًـــا.
12- اللعب وأهميته للطفل المعاق حركيًا.

الإعــــاقة الحركيــة

ثانيًا: الإعاقة الحركية (الجسمية)

(١) ماهيــة الإعــاقة الحركيــة:

يوجد أطفال يعانون من صعوبات في الحركة ولم يتعلموا المــشي بعــد، فقــد يمرون بمرحلة الحبو، أو التحرك باستخدام عجلة تساعد على المشي، وقليل مــنهم قد يستخدم العربات أو الكراسي ذات العجلات. ويحدث ذلك أحيانًا نتيجــة لحالــة صحية معروفة مثل: الشلل المخي، أو الاضطرابات العصبية، ومــرض استــسقاء الرأس الناجمة عن عيب خلقي في العمود الفقري؛ حيث يحدث انشقاق في سلــسلة الظهر وانكشاف في النخاع الشوكي؛ وأحيانًا تحدث هذه الصعوبات نتيجــة لحالــة صحية معروفة وهى تأخر التطور الجسماني للأطفال الذي يجب أن يتناســب مــع أعمارهم نظرًا لمعاناتهم من صعوبات عامة في التعلم أو الأسباب أخرى. وهنــاك أيضًا أطفال يعانون من مشكلات في الحركة بشكل جيد؛ يجدون صعوبة في ارتداء الملابس أو الإمساك بقلم رصاص أو عمل حركات بأصابعهم الصغيرة.

وقد يتم تشخيص عدد قليل من هؤلاء الأطفال بأنهم مصابون بخلل في التناســق الحركي، وتتزامن مع هذه الحالة حركات غريبة وغير رشيقة تتسم بعــدم القــدرة على التحكم في حركة الجسم؛ إضافة إلى مشكلات في الإدراك واللغــة والــوعي البدني وأحيانًا مشكلات في الذاكرة والتنظيم.

تعريف الإعاقة الحركية:

تعرف الإعاقة الحركية بأنها:

اضطراب أو خلل حسي يمنع الفرد من استخدام جسمه بــشكل طبيعــي للقيــام بالوظائف الحياتية اليومية.

(٢) أســباب الإعاقة الحركية:

١- عدم كفاية غذاء الأم أثناء الحمل.

٢- عدم تجانس عامل ريسس.

٣- نقص الأكسيجين أو الإصابة أثناء الولادة.

٤- فقر الدم الناتج عن سوء التغذية.

٥- الأمراض البكتيرية والفيروسية مثل: الجذام وشلل الأطفال والسحايا المخيــة والتهاب الدماغ.

٦- تعاطي الأم للعقاقير.

٧- الكوارث الطبيعية والحروب وأعمال العنف الأخرى.

٨- ملوثات البيئة.

(٣) الوقايــة من الإعاقة الحركيــة:

- التغذية الصحية للأم أثناء الحمل.
- تحسين ظروف الولادة.
- التغذية الصحية وتناول الفيتامينات الكافية.
- تحسين الأحوال الصحية والتقليل من الأمراض البكتيرية.
- التحصين على الوجه الصحيح.
- التدخل المبكر والمعالجة؛ لتقليل حدة الأثر.
- اتخاذ الاحتياطات في المنزل وأماكن الترفيه للوقاية من الحوادث.

(٤) فن التعامل مع المعاق حركيًا:

يحتاج التعامل مع المعاق حركيًا إلى استراتيجيات وطرق خاصة حتى لا يحس بأي إحراج أو إحباط؛ فالتعامل مع المعاق حركيًا بحاجة إلى نوع من الشفافية حتى نبعد عنه الخطر الذي قد يصيبه؛ ومن هنا لا بد من الإشارة إلى فن التعامــل مــع المعاق حركيًا.

ومن أهم النقاط الأساسية ما يلي:

١- لا تقدم المساعدة للمعاق حركيًا إلا إذا طلب منك ذلك.
٢- نفذ التعليمات المعطاة من قبل المعاق وخاصة إذا تعاملت معه للمرة الأولى.
٣- عند الدخول في مكان ضيق لا تقدم المساعدة له؛ لأن ذلك قد يسبب بعض الإصابات بالنسبة للكرسي المتحرك.
٤- لا تتعامل مع المعاق حركيًا بشكل مفاجئ؛ فلا بد لأي خطوة تخطوها معه أن يكون مخططًا لها جيدًا.
٥- أثمن ما لدى المعاق حركيًا كرسيه أو الأجهزة المعنية، فاحرص على هذه الأجهزة من: الزجاج – الدبابيس – الماء – المسامير.
٦- إن تجمع الناس حول المعاق حركيًا عند نزوله أو صعوده من السيارة كأنه كائن غريب يسبب له إحراجًا.
٧- لا بد من معرفة الناس لاحتياجات المعاق حركيًا وخاصة في الأماكن العامة فدعوه يتصرف بحرية دون إحراج.
٨- لا بد من تعديل البيئة المحيطة بالمعاق حركيًا؛ وتسهيل الأماكن للتنقل بحرية مثل: الماكينات الصرف الآلي لا بد أن تكون في مستوى الارتفاع الذي يناسبه.
٩- في حالة الصعود للمنحدر، يجب الحذر من الانزلاق.
١٠- في حالة النزول إلى المنحدر، يجب أن يكون النزول من الخلف وببطء.
١١- لا تتحدث إلى المعاق حركيًا من خلفه؛ فيجب أن تتحدث إليه وجهًا لوجه.
١٢- إذا احتاج المعاق حركيًا عند ركوبه السيارة لا بد من وضع المرفقين تحت إبط المعاق مع حضنه وهو رافع يده ومن ثم رفعه للسيارة.

(٥) الأطفال الذين يعانون من صعوبات في الحركة:

يحدث التطور الجسماني عند بعض الأطفال في مرحلة مبكرة عن غيرهم من الأطفال الآخرين. وقد يكون ذلك نتيجة لأن هؤلاء الأطفال لم يتعلموا المشي بعد على الرغم من استطاعتهم الحركة حول المكان الموجودين فيه عن طريق الزحف

أو الحبو أو الدحرجة. ويتعلم غالبية هؤلاء الأطفال المشي في الوقت المناسب على الرغم من أن عددًا قليلاً منهم قد لا يستطيع المشي مطلقًا والحركة دون الاعتماد على الآخرين بسبب حالاتهم الصحية. وقد يستمر هؤلاء الأطفال في الاعتماد على أشخاص آخرين وعلى أجهزة خاصة حتى يستطيعوا الحركة والانتقال.

وقد يكون السبب في حدوث صعوبات في الحركة والتنقل هو حالة مرضية معروفة لدى الأطفال المصابين؛ فالأطفال المصابون بالشلل المخي قد يصاب جزء من المخ عندهم ولا يعمل بشكل ملائم أولا يتطور بصورة طبيعية، أما الأطفال المصابون بانشقاق في سلسلة الظهر وانكشاف النخاع الشوكي فهم يولدون بإصابة خلفية في العمود الفقري.

وهؤلاء الأطفال جميعًا لا تزال لديهم القدرة على إظهار مجموعة كبيرة من القدرات والاحتياجات، فبعضهم يستطيع إحراز تقدم نحو القدرة على المشي، بينما يحتاج آخرون دومًا قدرًا كبيرًا من المساعدة والدعم. ويعتمد ذلك على الأجزاء المصابة من أجسامهم أو من المخ، وفي حالات أخرى قد يحدث تأخر في قدرة الأطفال على الحركة والاتزان؛ لأن تطورهم الجسماني الكلي يحدث بشكل تدريجي على عكس غيرهم من الأطفال من السن نفسها. ويمكن مساعدة هؤلاء الأطفال في تعلم مهارات الحركة والاتزان خطوة بخطوة حيث يتم إعطاء بعض الحركة والتوازن. فقد يكون لدى الأطفال عربة خاصة أو كرسي مزود بعجلات، وربما يستخدمون جهازا به عجلات أو مشاية؛ أو قد يكون لديهم كراسي خاصة أو أجهزة مثبتة لمساعدتهم على الجلوس أو الرقود؛ وربما يحتاج أطفال آخرون أحذية أو شرائح تجبيرية لدعم العضلات الضعيفة. ويلتقي معظم الأطفال المصابين بصعوبات في الحركة والعلاج بواسطة طبيب العلاج الطبيعي أو الطبيب المعالج.

(٦) فئات الإعاقة الحركية:

أ - مبتور أحد الأطراف أو أكثر.

ب - المشلولون.

جـ - المقعدون.

أولا: مبتور أحد الأطراف أو أكثر:

مبتور الأطراف Amputation

البتر حالة من العجز يفقد الفرد أحد أطرافه أو بعضها أو كلها، إمـــا بالجراحـــة بالحوادث أو خلقيًا في حالة التكوين الجيني الناقص، وهـــو نـــوع مـــن الإعاقـــة المستحدثة والمرتبطة بالتقدم الحضاري واستخدام الميكنة والآلة وما شابه ذلك. كما أنه مرتبط بحالات الحرب والسلام التي تعيشها المجتمعات في الوقـــت الحاضـــر؛ نظرًا لأساليب الدمار الحديثة والتقدم في طرق العلاج للمصابين.

وترتبط مشكلات بتر الأطراف ورعايتها بمظاهر إشكالية متعددة تتطلب العناية بها منذ الإصابة وخلال الجراحة وما بعدها.

تتمثل: فيما يلي:

(١) وقت الإصـــابة:

تؤدي الإصابة المباغتة لأحد الأطراف إلى ما يسميه الأطبـــاء بـــأثر الـــصدمة Shock، والتي قد تؤدي إلى الوفاة لأسباب عصبية كهرومغناطيسية، كمـــا أن أي تأخير في إجراء الجراحة بعد الحادث يشكل تراجعًا في خطة العلاج وامتدادًا لحالة البتر، وأحيانًا عدم فاعليته لاستفحال حجم الإصابة والنزيف وما إلى ذلك.

(٢) عند الجراحة:

تنتاب المصابين قبل الجراحة مخاوف كثيرة يمكن حصرها فيما يلي:

(أ) الخوف من المخدر (البنج):

كشفت بعض الدراسات أن بعض المرضى يخشون البنج خشيتهم من فقد الوعي المرتبط بحالة الوفاة.

كما كشفت دراسات أخرى عن مخاوف فقدان الوعي ظنًا منهم أنهم قد يبيحـــون خلال غيبوبتهم بأسرار لا يريدون الكشف عنها، كما تـــؤثر الخبـــرات الشخـــصية السيئة لهم أو لذويهم على مقاومة المصاب للتخدير، وأحيانـــا التـــأثير فـــي مـــدى فاعليته.

(ب) الخوف من الدم:

وهذه تنتاب البعض الذين خبروا مواقف سابقة عند رؤية سيل الدم ومضاعفاته.

(ج) الخوف من الجراحة:

تحاط الجراحة عادة بإجراءات تثير الرهبة في نفوس البعض وخاصة مع الأنماط العصابية وشبه العصابية. فمنظر غرفة العمليات والمشارط ورائحة المعقمات داخل الغرفة ومنظر الأطباء يثير المخاوف الوهمية إلى الحد الذي قد يرفض معه البعض إجراء الجراحة.

(د) الخوف من نتائج البتر:

يرتبط بالعضو المطلوب بتره ردود أفعال ترجع إلى علاقة هذا العضو بعمله أو بمكانته أو بطموحاته، وبظروفه الاجتماعية والاقتصادية، وسنه وثقافته.. إلخ وعادة ما تظهر هذه المخاوف في حالات الغرغرينة أو الأورام الخبيثة Cancer وما أشبه ذلك، التي يدرك المصاب فيها تطور حالته ليترك له الخيار في إجراء الجراحة إنقاذاً لحياته، ولكنها لا تظهر في حالات الحوادث التي عادة لا يشعر المصاب بما يجري في حالات التأثير المباشر للعضو المراد بتره على حياته مثل: بتر ساق سائق أو بتر ذراع موسيقي مشهور... وهكذا.

(٣) بعد الجراحة:

وتبدو أهم مظاهر المشكلات على الفرد المصاب فيما يلي:

أ - فقد المصاب لعمله أو على الأقل فقده لمكانته السابقة.

ب - رفض قبول الفرد لذاته الجديدة أو على الأقل مقاومة هذا الواقع الجديد.

ج - انتقاص قيمة الذات؛ سواء كما يراها الفرد أو كما يراها المحيطون أو كما يتمنى أن يراها.

د - أثر البتر في نشاطه السابق الذي اعتاد عليه.

هـ - أثر البتر على علاقته بأسرته أو بأصدقائه أو معارفه.

و – بروز أحاسيس جديدة استحدثتها العاهة؛ كالشعور بالذنب معتقدًا أن ما حدث له كان جزاء ذنوب اقترفها، أو نزعات تدميرية للذات لفقدها قيمتها لينصرف إلى تعاطي المخدرات والخمور هربًا من الواقع وشروعًا شبه شعوري لتدمير الذات، أو حالات تقلب انفعالي أو سلوك اكتئابي مرتبطان بسلوك المحيطين به.

ز – عدم توافر المناخ الأسري والمحيط البيئي الذي يحسن معاملة مبتوري الأطراف ويضمن سلامتهم.

ومن هنا تبرز أهمية الرعاية الاجتماعية في كل من هذه المراحل، فهناك خدمات نفسية تقوم على المعونة النفسية والاستبصار والتأكيد والتطمين وتدعيم الثقة بينه وبين الجهاز الطبي والمستشفى قبل الجراحة وخلالها، وهناك خدمات اجتماعية وتأهيلية وطبية (علاج طبيعي) وبعدها.

الخدمات التي تقوم لمبتوري الأطراف ما بعد الجراحة:

(أ) خدمات نفسية اجتماعية:

وتشمل المبتور وأسرته، وصولاً إلى قبول العاهة والعيش بها، مع تقديم الخدمات الاجتماعية المناسبة والضرورية مادية كانت أو إيوائية أو مدرسية.

(ب) خدمات تأهيلية:

وتشمل صرف الأجهزة الصناعية والتدريب عليها، ثم اختيار المهنة المناسبة له وتدريبه عليها ثم تشغيله.

(ج) خدمات طبية:

وتشمل خدمات العلاج الطبيعي المقدرة له والمتابعة لمكان البتر وتمريضه إذا استدعى الأمر ذلك، فضلاً عن علاجه من بعض المضاعفات التي قد تكون قد ترتبت على البتر أو أثناء فترة النقاهة أو استخدام الأجهزة الصناعية.

وتتركز فلسفة رعاية مبتوري الأطراف على تحقيق الجوانب التالية:

أ – استقلال المبتور في ممارسة حياته اليومية.

ب – قبوله للعجز.

ج – الشعور بالكفاية والاستقلال الوظيفي.
د – تدعيم شعوره بالأمن للحاضر والمستقبل.
هـ– تخليصه من أحاسيس النقص والخجل والسلوك الاعتمادي والتقلب المزاجي.

ثانيا: المشلولون:

المتمثل: في شلل الأطفال Polio

عُرف هذا المرض منذ أكثر من مائة عام عندما لاحظ الأطباء انتشار مرض بين الصغار مصحوبًا بشلل في العضلات. وهو مرض يصيب الأطفال الرضع، ومن سن الطفولة المبكرة، وإن كان ذلك لا يمنع من إصابة الكبار في حالات نادرة؛ ويعتبر هذا المرض من أهم الأمراض المسببة للقعاد.

ومسبب المرض ميكروب غاية في الدقة يتمكن من خلايا الجهاز العصبي. وأهم أعراضه: ارتفاع مباغت في درجة الحرارة، مع نزلة برد تبدو خفيفة، وآلام في الرأس والظهر، مع احتمال حدوث حالات إسهال شديد. وهذه الأعراض تظهر عادة بين اليوم الثاني والرابع للإصابة بميكروب المرض.

أنواع مرض شلل الأطفال:

(١) إصابة عضلات الجسم:

تركز الإصابات على العضلات، وتبدأ في كثير من أجزاء الجسم دون ترتيب. وكثيرًا ما تتكمش الإصابة لتتركز في جزء معين يصاحبه ضمور تدريجيٌ في العضلة المصابة مع حدوث تشوهات فيها.

(٢) إصابة عضلات التنفس والبطن:

تتميز هنا الإصابة بتركيزها على الجهاز التنفسي والحجاب الحاجز بعضها ضيق في التنفس. وعدم انتظامه مع ظهور زرقة في جسم الطفل؛ وعادة ما يحتاج الطفل في هذه الحالة إلى وضعه في الرئة الحديدية مع إمداده بالأكسيجين اللازم.

(٣) إصابة عضلات البلع والحنجرة:

ويحدث نتيجة هذه الإصابة عدم قدرة على البلع وتغير الصوت، وأحيانًا يحدث اختناق بسبب تقلص الأحبال الصوتية.

طرق العدوى:

الإنسان هو ناقل العدوى، ويوجد الميكروب في موضعين:

الأول: في الحلق. الثاني: في الأمعاء.

ولذلك تنتقل العدوى بالرذاذ، أو عن طريق تناول أطعمة ملوثة والاختلاط بالمرضى.

المناعة ضد المرض:

تتكون هذه المناعة من خلال التحصين بالمصل الواقي بتناول ثلاث جرعات متتالية في الأعوام الأولى للطفل بمصل (سابين).

يتم تطعيم الطفل من عمر يوم إلى خمس سنوات، فتتكون عنده المناعة التي تقيه من مرض شلل الأطفال.

طرق العلاج:

يتدرج العلاج حسب حالة المريض؛ وعادة ما يتبلور فيما يلي:

١- عمل أجهزة تعويضية لمساعدة الطفل على الحركة.
٢- إجراء جراحات خاصة في حالات التشوه العضلي.
٣- العلاج الطبيعي لتدريب العضلات المصابة وتنشيط العضلات البديلة.
٤- التأهيل المهني وهي نهاية المطاف في العملية العلاجية والتي تعد للطفل لتدريب خاص يناسب قدراته الباقية.

فيما يلي يتبين أن:

- الشلل قد يصيب أي عضلة في الجسم، ولكنه أكثر شيوعًا في الساقين.
- ويكون الشلل من النوع الرخو، وبعض العضلات قد تضعف في جزء منها فقط وبعدها تصبح مترهلة ورخوة.

- بمرور الوقت فإن الطرف المصاب قد لا يستقيم تمامًا بسبب قصر عضلات معينة أو تقفعها.
- تصبح عضلات الطرف المصاب وعظامه نحيلة مقارنة بالطرف السليم، ولا ينمو المصاب بصورة اعتيادية مما يسبب قصره.
- تصبح الذراع والساق التي تنجو من الإصابة أقوى من المعتاد لتعويض الضعف الحاصل في الطرف المصاب.
- لا يؤثر المرض على الذكاء والقدرة العقلية.
- لا أثر للمرض على حاسة اللمس.

ترتج الركبة ويتناقص الفعل الانعكاسي الوتري للطرف المصاب أو يصبح معدومًا "في حالة الشلل الدماغي يكون ارتجاج الركبة في شكل قفزة أكثر من المعتاد"، كذلك الحال في حالة شلل الأطفال يكون الشلل رخوًا بينما في الشلل الدماغي يكون متوترًا ويقاوم عند محاولة تعديله أو ثنيه.

لا يسوء وضع الشلل بمرور الوقت، غير أنه يمكن حدوث مشاكل إضافية مثل: التقفع، وانحناء الفقرات الظهرية.

ثالثًا: المقعدون:

المقعد بصفة عامة نعني به الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته، والذي يطلق عليه كسيح Crippled. ولقد تطور هذا المفهوم حاليًا ليشمل فئات متعددة أوسع نطاقًا من معنى "الكسيح" ليطلق لفظ المقعد على تلك الحالات التي تعجز فيها العضلات أو العظام أو المفاصل عن القيام بوظيفتها الطبيعية نتيجة شلل الأطفال، أو سل العظام، أو أنواع الشلل المختلفة بل حتى أمراض القلب ذاتها.

تعريف المقعد:

يتفق العلماء على تعريف المقعد بأنه:

ذلك الفرد الذي يعوق حركته ونشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها العادية، وبالتالي تؤثر على تعليمه وإعالته لنفسه.

أما الطفل المقعد فيُعرَّف بأنه:

ذلك الفرد الذي لم يبلغ ٢١ عامًا ولديه عائق خلقي أو مكتسب بطريق المرض أو الإصابة أو الجروح، بحيث يصبح أو ينتظر أن يصبح غير قادر على استخدام جسمه أو عضلاته بطريقة فعالة عادية، مع استبعاد حالات الإعاقة الحسية أو التأخر العقلي أو المرض العقلي.

أسباب القعاد:

ينتج القعاد عن أسباب مختلفة تختلف في حدوثها وأعراضها تبعًا لحدة ونوع الأمراض التي تسبب القعاد ذاته.

ورغم عدم الإحصاء في مجتمعنا العربي التي توضح أسباب القعاد، فقد نشر تقرير في الولايات المتحدة الأمريكية بأن نسبة الأمراض المسببة للقعاد هي:

- شلل الأطفال %٣٣,٤
- سل العظام %١٢,٦
- شلل تشنجي %١٤
- عاهات خلقية %١٠
- أمراض قلب %٨
- الحوادث %٦
- أسباب أخرى %١٦

وفي أبحاث أخرى أجريت في مختلف أنحاء العالم ما يؤيد مثل: هذا التقسيم، ويتضح منه أن شلل الأطفال يأتي في مقدمة أسباب القعاد حيث يمثل: ٣٣,٤% من النسبة العامة.

نطاق مشكلة القعاد:

المعاقون بالقعاد تتفاوت نسبتهم في كل مجتمع حسب مقدار تعرض الأفراد للأسباب الرئيسية التي نسبق ذكرها، فكلما زادت الرعاية الصحية والنفسية في المجتمع قلت حالات القعاد؛ ولقد وجد في بعض الدراسات الحديثة أن حالات الإعاقة الخلقية مثلاً: ترجع إلى:

- عدم العناية بالأم الحامل.
- عملية الوضع نفسها.
- مدى توافر الرعاية الصحية بصفة عامة.

وتقدر بعض الدراسات نسبة المقعدين في أي مجتمع بأنها ٣% وتذهب دراسات أخرى لأبعد من ذلك، وتبرز نسبة عالية قد تصل إلى ٩%. وإذا أخذنا بالنسبة الأولى نجد أن عددهم يقدر في جمهوريتنا بحوالي ١٠٠٠٠٠ فرد، وهذا العدد لا يمكن الاستهانة به بل يجب العمل على تلافي الزيادة فيه.

أسباب حالات القعاد:

(أ) القعاد بسبب العدوى والإصابة:

ويتمثل: هذا النوع في السببين الرئيسيين، وهما "شلل الأطفال" كمرض يصيب الجسم عن طريق العدوى، أو "سل العظام" الناتج عن الإصابة بميكروب المرض؛ وينتج عنه اعوجاج في العظام وبالتالي شللها.

وفي هذه الحالات جميعًا يلاحظ أن التشخيص المبكر والإسراع بالعلاج يأتي بنتائج مشجعة؛ ولكن أقل تأخير من ذلك يعرض المريض للقعاد الناتج عن المرض.

(ب) شلل أعصاب المخ:

وهو عبارة عن خلل في الوظيفة الحركية للجسم، يرجع إلى إصابة المخ أثناء الولادة أو بعدها، وقد يحدث هذا النوع خلل في وظيفة اللسان أو أعصاب الصوت أو أي عضو من الأعضاء التي تحدث الكلام وكذلك عضلات الحركة. وقد يظن البعض أن هؤلاء المصابين ضعاف عقول؛ حيث إنهم غير قادرين على ضبط حركات الجسم أو التحكم في بعض العضلات التي تؤدي وظيفة معينة.

(ج) الإصابة أثناء عملية الوضع:

تحدث كثير من الإصابات في الجنين أثناء عملية الولادة العسرة، والملاحظ أن بعض الحالات التي يجب ألا يجرى لها عمليات تلد أطفالاً مشوهين نتيجة لتعسر الوضع، أو لعدم توافر الإمكانات لإجراء العملية وجهل المولدة (الداية)، وقد تحدث

نتيجة ذلك إصابة الجنين في عضلات القفص الصدري، أو الذراع أو الرجل أو الساق؛ وعادة ما تؤثر الإصابة في نمو العضو المصاب.

(د) حالات متصلة بالقلب ووظائفه:

كما نعلم أن القلب من أهم أعضاء الجسم؛ ولكنه باعتباره عضوًا غير مرئي، فإن إصابته ينتج عنها خلل في وظيفته كعضو أساسي للجسم. وتعتبر حالات مرض القلب في بعض الأحيان في حكم القعاد الكامل؛ لأنها تحتاج لعون كبير في عمليات الانتقال وقضاء الحاجات، لذلك يعتبر مرض القلب عامة في حاجة لرعاية خاصة اجتماعية وصحية حرصًا على عدم تطور الحالة وحياة المريض.

(هـ) العاهات والتشوهات الخلقية:

وتحدث عادة أثناء نمو الجنين داخل رحم الأم؛ وقد يرجع السبب في التشوهات إلى عامل وراثي من جانب الأم والأب. وهناك بعض الأنواع التشوهات يتناقلها جيل بعد جيل منها الحالات العصبية التي قد تعجز عن التحكم في التبول أو التبرز، أو الحركة وعادة ما تكون طريحة الفراش.

(و) الحوادث:

وأهمها حوادث المرور والحريق والإصابة أثناء اللعب أو العمل.

(ز) الأورام والأمراض الخبيثة:

وهذه تنتج عن خلل في وظيفة العضو بسبب الإصابة، وقد تظهر على هيئة أورام خبيثة سرطانية؛ أو تكون ناتجة عن خلل في نمو العظام أو الاضطرابات الناشئة في الجسم بسبب التغيرات الكيميائية، إلى غير ذلك من الأسباب التي لم تُعرف بعد...

(٧) العوامل التي تؤثر في شخصية المعاق حركيًّا (جسميًّا):

هناك عوامل كثيرة لها آثارها النفسية على شخصية المعاق نحو إعاقته أو عجزه، مثل هذه العوامل قد تكون في تجاربه التي مر بها في حياته، أو تتعلق

بفكرته عن مظهره بعد العاهة (الإعاقة) وما كان يعلقه من آمال على هذا المظهر، أو مرتبطة بالطريق الذي رسمه لحياته المستقبلية، أو أن عاهته قد تحتاج إلى وقت طويل حتى يتم تأهيله مما يبعث في نفسه السأم والملل. على أنه مهما كانت هذه العوامل من الكثرة والاختلاف، فيجب الإلمام ببعضها حتى تكون موضع اهتمام في بناء شخصية ذوي الإعاقة الجسمية (الحركية) وفهمنا لهم ولشعورهم فهمًا أفضل.

فهناك العديد من علماء نفس المعوقين حركيًا، حاولوا الانتهاء إلى سمات محددة لعالم المعاقين بصرف النظر عن الفروق الفردية والظروف البيئية، ونوع الإعاقة وشدتها.

وقد عرضت أكثر من دراسة على المؤتمر الدولي الثامن لرعاية المعوقين ١٩٦٨ بنيويورك ورغم اختلاف المداخل العلمية لهذه الدراسات، بين فرويدية؛ سلوكية؛ عقلية؛ نفس اجتماعية، نفس ثقافية، فقد انتهى المؤتمر إلى سمات لخصها د. كليمك Kliemke ١٩٧٨ في السمات الآتية:

١- الشعور الزائد بالنقص.
٢- الشعور الزائد بالعجز.
٣- عدم الشعور بالأمن.
٤- عدم الاتزان الانفعالي.
٥- سيادة مظاهر السلوك الدفاعي "تعويض ـ إسقاط – تبرير".

لذا نجد أن توافق الفرد Human Nature يريده هدفًا ويتخذه وسيلة تحقق هذا الهدف. فإن كانت غاية الحياة أن يتكيف الإنسان بالبيئة وينجح في التعامل مع الناس ليتحقق له التوافق الشخصي وراحة النفس؛ فإنه يتعلم كيف يتكيف مع الظروف والمواقف ويتفاعل مع الآخرين، ويصل إلى قدر من الرضا والدفاع عن النفس في توافقها هذا.

فالتوافق إذن يستهدف الرضا عن النفس وراحة البال والاطمئنان نتيجة الشعور بالقدرة الذاتية على التكيف بالبيئة والتفاعل مع الآخرين. ولا يحتاج ذلك أكثر من التعرف على حاجات النفس، واستطلاع إمكانات البيئة وحسن التعامل مع الغير وكلها مشكلة الفرد نفسه ولا أحد غيره، كما أن حلها والتوافق معها مسؤوليته هو أنها غايته وسعادته.

وعلى أي حال فلا بد من الاعتراف بأن هناك علاقة وثيقة للغاية بين الناحية الجسمية وبين قوة الشخصية، وسمات الإعاقة. ولا غرو فإن العلماء (علماء الشخصية – علماء الطب) ينادون اليوم بوجوب النظر إلى الإنسان كقوة عضوية متكاملة لا انفصال بين الجسم وصورته وبين الظواهر النفسية. فلا يمكن من الناحية المنهجية أن نتناول الناحية الجسمية وحدها أو الحالات النفسية وحدها، بل يجب أن نتناول الإنسان بنظره تكاملية؛ ذلك أنه من المعروف أن التكوين البيولوجي للفرد يسهم إلى حد كبير في تكوين الشخصية ونموها. بحيث يمكن القول بوجود فروق فردية مزاجية ملحوظة لدى الأفراد المختلفة، وهذه الفروق تؤثر بدورها في نمو الشخصية الفردية؛ بيد أن شخصية الإنسان ليست شيئًا ثابتًا منذ الولادة لا يقبل التغيير، حيث الثابت أن قدرة الفرد على التغيير نتيجة لما يمر به أو يعيشه من مواقف وخبرات تعلم تعتبر خاصة أساسية لإنسانيته وشخصيته، ويعينه في ذلك مطاوعه الشخصية ومرونتها وقابليتها للتشكيل.

وتقول (انتصار يونس ١٩٧٨) في هذا الصدد: إن العجز الجسمي أو التشوهات الخلقية قد تعوق الفرد عن ممارسة بعض أنواع النشاط والتكيف مع الآخرين. مما يؤثر على نجاحه الاجتماعي والأهم من ذلك استجابات الآخرين للتكوينات الجسمية؛ سواء كانت عادية أو شاذة، فالفرد عادة يهتم بذاته الجسمية من وجهه نظر الآخرين، وبمقدار ما يتقبل المجتمع عجزه الجسمي مثلاً بمقدار ما يتقبله هو الآخر.

أما إذا وقف هذا العجز في طريق الفرد اجتماعيًا فإنه يصبح مصدرًا للشعور بالقلق وعدم الاطمئنان، مهما عوض هذا العجز في نواحٍ أخرى.

فقد لوحظ أن الأفراد المصابين بعجز جسمي ظاهر مثل: البتر والصمم والعمى، أكثر تقبلاً لعجزهم من أولئك المصابين بعجز جسمي غير ظاهر مثل: مرض القلب أو السكر.

وبعد أن استعرضت العلاقة الوثيقة بين النواحي الجسمية في الإنسان وأثرها على نمو الشخصية وتكوينها، وأيضًا النواحي النفسية وما لها من ارتباط مهم وتأثير متبادل مع الناحية الجسمية للشخصية، وكيف أن النواحي الجسمية والنفسية تؤثر تأثيرًا كبيرًا أيضًا على توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته. يمكننا أن نبرز أهم العوامل الرئيسية التي تؤثر في شخصية ذوي الإعاقة الجسمية (الحركية) وفي تكيفهم النفسي:

(أ) السن وقت حدوث الإعاقة:

إن للسن التي حدثت فيها العاهة أو الإعاقة أو الإصابة الجسمية أثرًا كبيرًا على شعور ذوي الإعاقة وتكيفهم النفسي، فهناك أفراد يولدون بإعاقة أو أكثر، وهناك منهم من يصاب بالإعاقة في الطفولة المبكرة كما أن منهم من يصاب في دور المراهقة والشباب أو في مرحلة الشيخوخة. وشعور المصاب في مرحلة يختلف عن شعوره في مرحلة أخرى أي يتوقف على سنة وقت حدوث الإعاقة.

فإذا كانت الإعاقة ولادية فإن المصاب بها لا يشعر بما يشعر به الشخص العادي الذي أصيب بالإعاقة نفسها في مرحلة عمرية بعد الولادة وتكون صدمة فقد وظيفة العضو في الحالة الأولى ليس لها المعنى نفسه في الحالة الثانية؛ لأن المصاب لم يجرب بعد هذه الوظيفة أو يعرف قيمتها.

أما إذا حدثت الإعاقة في الطفولة المبكرة فإن شعور الطفل في هذه الحالة يكاد يقترب من شعوره في الحالة السابقة؛ لأن الطفل لم يعرف بعد معنى سيطرته على العضو المصاب لأداء وظيفة كاملة وهو لا يذكر في كبره ماذا تعني هذه السيطرة؛ لذا فهو مضطر إلى التكيف النفسي مع الظروف التي يقابلها في حياته حسب قدراته الباقية.

أما مرحلة المراهقة فهي أشد المراحل على الفرد إذا ما أصيب بعاهة فيها فهذه المرحلة في حد ذاتها هي مرحلة انتقال وتغير في حياته من وجوه كثيـرة؛ فهــو يتعرض فيها لانقلابات شديدة في التوازن العام للقوى المختلفة. لذا فهو محتاج إلى كثير من المساعدة ممن يهتمون بتنشئته حتى يمر من هذه المرحلة. فإذا أضيف إلى كل هذه العوامل عامل الإصابة بالإعاقة من هذا الموقف من العمــر، فــإن ذلــك يضيف إلى المتاعب التي يتعرض لها الشاب أحمالاً أخرى ثقيلة لها أثرها البعيد في مستقبل حياته.

على أنه يمكن القول بوجه عام بأن مقابلة ذي الإعاقة لأثر هذه الإعاقة الجسمية عليه يتوقف على درجة نمو شخصيته وتكوينها التي وصلت إليه وقــت الإصــابة بالإعاقة الجسمية التي مُني بها؛ ومن العوامل المهمة والبالغــة الأثــر فــي نمــو الشخصية هي درجة النضوج التي تتميز بمدى اعتماد الفرد على نفسه.

ب- أثر الـوالدين:

تلعب البيئة التي يعيش فيها المعاق حركيًا دورًا مهمًا في نمو شعوره بعجــزه. وهو دور يتراوح بين المواقف التي يتغلب عليهــا ســمات المــساعدة والمعاونــة المشوبة بالإشفاق، وبين المواقف التي تغلب عليها سمات الإهمال وعــدم القبــول، وتقع بين هاتين الطريقتين المواقف المعتدلة التي تغلب عليهــا ســمات المــساعدة الموضوعية التي تهتم بتنظيم شخصية المعاق لتنمو في اتجاهات استقلالية ســليمة؛ وتترتب على تلك الموقف الاجتماعية المختلفة إزاء المعاقين حركيًــا ردود أفعــال تصدر عنه؛ وتوصف بأنها ملائمة أو غير ملائمة ويمكن الحكم على أساس هــذه الردود بأن المعاق متكيف مع البيئة أو غير متكيف.

من هنا نجد أن للإعاقة الحركية معايير مختلفة في نظر آباء ذوي الإعاقة؛ فهم يشعرون بصور مختلفة من أنواع الشعور والتكيف النفسي نحو ما يصيب أبنــاءهم من إعاقة جسمية. ويدفعهم هذا الشعور إلى اتخاذ إجراءات نحوهم تختلــف فيمــا بينهما اختلافًا بيِّنًا؛ فبعض الآباء يبذلون قصارى جهدهم لمساعدة أبنائهم ليتكيفوا مع

الحياة إذا ما أصيبوا بأي من الإعاقة؛ بينما يقعد آخرون محسورين فاقدي الحيلة نحو أبنائهم، ويرون أنه من المستحيل عليهم تناول مثل: هذه المواقف. على أن هذه الاختلافات فيما يقوم به هؤلاء الآباء لا تتوقف على درجة ما وصلوا إليه من الثقافة أو المستويات الاجتماعية.

ومهما يكن من أمر هذه الاختلافات فيما يقومون به فإن الإعاقة نفسها تؤثر في نمو شخصياتهم وتكيفهم النفسي وشعورهم وسلوكهم. ولا يمكن التغلب على هذا أو التحكم فيه بالقوى التفكيرية وحدها.

لأن انفعالات هؤلاء الآباء لها دور كبير في هذا السلوك، وبعضهم يحتاجون إلى مساعدة خارجية للتغلب على مشاعرهم نحو إعاقة أولادهم. ومما لا شك فيه أن شعور الآباء يؤثر إلى حد كبير في نمو شخصيات أبنائهم الذين أصيبوا بإعاقة؛ فهؤلاء الأبناء يمتصون ما يبدو على آبائهم من قلق وسلوك ومعاملات تؤثر في سلوكهم.

ويعتبر الوالدان من أهم الأشخاص في البيئة الاجتماعية للابن المعاق وتؤثر علاقتهما به؛ واتجاهاتهما نحوه تأثيرًا واضحًا في تشكيل شخصيته، وفي تكوين مفهومه لذاته.

وفي الوقت نفسه فإن اتجاهات الوالدين نحو المعاق حركيًا تعكس بشكل أو بآخر اتجاهات المجتمع بصفة عامة الذي يكون الوالدان جزءًا منه.

ولقد أوضحت " سومرز Sommers ١٩٦٤م" في دراستها لأثر اتجاهات الوالدين والبيئة الاجتماعية على شخصية المعاق حركيًا وتوافقهم النفسي، أنها وجدت مدى واسعًا في الاتجاهات والمشاعر الوالدية نحو الابن المعاق حركيًا "جسميًا"، كما وجدت أن الاضطرابات العاطفية وسوء التوافق ينتج بصورة أكثر من الاتجاهات الاجتماعية في بيئة المعاق حركيًا منه عن الإعاقة في حد ذاتها.

كذلك فإن الإحساس بالإعاقة عند المعاق حركيًا يزداد في بعض المواقف الاجتماعية التي يعبر فيها الآخرون عن الأسى نحوهم، أو حينما يقدم الآخرون لهم من المساعدات أكثر مما ينبغي.

(ج) أثر الأقارب والمعارف:

لا شك أن للأقارب والمعارف أثرهم على شخصية ذوي العاهات وسلوكهم؛ فهم ينظرون إليهم نظرة الأسف الشديد لما أصبحوا عليه من العجز أو التشويه الجسمي، إذ إنهم يعتقدون أن العجز البدني مثل: الذي يصيب الأطراف أو السمع أو البصر يفوق في آثاره ما يصيب العقل، وما عرفوا أن العجز في الحقيقة عجز نسبي، وأن الأفراد العاديين يختلفون في نواحي قواهم الجسمية المختلفة. ولكن شعور من يحيط بذوي الإعاقة من الأقارب والمعارف وما يبدونه من أسف أو عطف أو غير ذلك من التعليقات المختلفة أو الأعمال أو الإشارات التي تفصح لذوي الإعاقة عن شعورهم نحوهم، كل ذلك له أبعد الأثر في نفوس هؤلاء العاجزين. ولا بد للإخصائي النفسي في دراسته أن يهتم بتفاعل هؤلاء الأقارب أو المعارف نحو عميله، وذلك أن الأقارب والمعارف – على كل حال – تُشعر المعاق قليلاً أو كثيرًا بأنه عاجز وأن عجزه يفرض عليه عالمًا محدودًا والمعاق يرغب الخروج من عالمه الضيق والاندماج في عالم العاديين وحتى يستطيع ذلك فهو محتاج إلى الاستقلال والتحرر، ولكنه حينما ينالها يصطدم بآثار عجزه فهو لا يستطيع الحركة بحرية؛ ولن يستطيع السيطرة على بيئته كما يسيطر عليها العادي. وينشأ عن هذا قلق مستمر نتيجة خبراته وعجزه عن السيطرة على البيئة المحيطة به؛ وتكون النتيجة معاناته لقلق مستمر ناشئ عن خوفه من أعضاء الجماعة التي ينتمي إليها، والتي يبغي من ورائها الرضا.

كل ذلك يؤدي بالمعاق إلى أن يحيا حياة نفسية غير سليمة، فيصبح عرضه للإصابة بالاضطرابات النفسية التي تؤدي إلى سوء التكيف مع البيئة التي يعيش فيها.

وقد يلجأ المعاق إلى أنواع من الحيل التي تساعده على الهروب من هذا الواقع المرير؛ فإما أن يسلك سلوكًا تعويضيًا متحديًا عجزه محاولاً الاندماج في

عالم العاديين، فيواجه الاتجاهات العدائية ويصبح في هذه الحالة في أمس الحاجة إلى التقبل، أو أن يلجأ إلى الاعتداء منسحبًا إلى عالمه المحدود الذي تفرضه عليه آثار عجزه وآثار الاتجاهات الاجتماعية، ويصبح في هذه الحالة في حاجة ملحة دائمًا إلى الرعاية وإلى الأمن.

(د) الاهتمام المفرط بذوي الإعاقة:

إن تدليل أبنائنا أمر معروف لنا جميعًا. ونحن بتدليل أبنائنا نجيب معظم رغباتهم ومطالبهم، وبذلك نحرمهم من طعم الجهاد الشخصي للحصول على هذه الرغبات، ونقف حجر عثرة في سبيل تجاربهم التي يكتسبونها في سبيل الحصول على تحقيقها؛ تلك التجارب في الحقيقة هي العنصر الحيوي الذي يكسب الفرد صفات كثيرة تساعده في التكيف مع الحياة ومقابلة ظروفها. فلا بد للإنسان من أن يتعلم كيف يتغلب على الصعاب. ويكتسب من عملية التغلب هذه مناعة تساعده هي الأخرى في الصمود أمام المواقف التي تحتاج إلى شيء من الجهاد للوصول إلى أهدافها لا أن يركن إلى اليأس والاستسلام.

فالأسرة في الوقت الذي لا تجيب فيه بعض مطالب ابنها فهي تترك له الفرصة أيضًا ليجاهد في الحصول على بعض المطالب الأخرى، إذا أرادت أن تحسن تنشئته وتغرس فيه صفة الاعتماد على النفس وحتى يعرف الابن أن بعض الأهداف يمكن تحقيقها بسهولة، وأن البعض الآخر يحتاج إلى بذل الجهد في سبيل هذا التحقيق؛ فالابن لا بد أن يشب عارفًا لحلو الحياة ومرها. ولا بد أيضًا أن تترك له الفرصة ليكتسب من التجارب لمعرفة ذلك. وإذا كان هذا أمرًا ضروريًا بالنسبة للأبناء على وجه العموم من العاديين فهو أمر حيوي جدًا للأبناء المعاقين، أضيف إلى العوامل الأخرى التي يجب أن يتغلبوا عليها من إتاحة في سبيل تحقيق رغباتهم وتكيفهم مع البيئة. فلا بد لهم من إتاحة الفرص أمامهم للتدريب على ذلك بما بقي لديهم من قدرات.

ولكن يحدث كثيرًا أن المحيطين بذوي الإعاقة تأخذهم الشفقة والأسى على هؤلاء خاصة إذا كانوا من النوع الذي جاهد كثيرًا في حياته ليكتسب عيشه.

فهذا النوع المكافح يعجب كيف يصبح هؤلاء العاجزون قادرين علـــى ســـلوك مسلك الجهاد في حياتهم مثلما سلكوه أنفسهم مع إصابتهم بهذه الإعاقـــة الجـــسمية. لذلك قد نجدهم يندفعون لتحقيق رغبات هؤلاء الأفراد أنفسهم تحقيقًا قد يمتـــد إلـــى أكثر ما يلزمنا من هذه الرغبات. وهم بعد ذلك يتوقعون أن تثمر هذه الجهود فـــي صور من المساعدة والهناء أو عرفان بالجميل يبدو على هؤلاء العاجزين، ولكنهم يصدمون صدمات قوية عندما ما يرون النتائج أتت عكسية لما كـــانوا يتوقعـــون. فيجدون أن هؤلاء العاجزين قد ابتدءوا يعتمدون على غيرهم، ولا يبذلون أي جهـــد في الحصول على ما يرغبون وتنتشر فكرة الاعتماد على الغير في نفوســـهم مـــن البيئة المنزلية إلى البيئة الخارجية.

فيعتمدون أن المجتمع بما فيه من الأفراد ما خلقوا إلا لإجابة حاجاتهم على النحو الذي تعودوا عليه وسط عائلاتهم.

ويرى فرمان " Verman ١٩٦٧م" أن بيئة المعـــاق حركيًـــا (جـــسميًا) مليئـــة بمشاعر الشفقة من جانب الآخرين. وهذه المشاعر قد تتداخل في معظم المواقـــف الاجتماعية التي يشارك فيها الفرد المعاق. إن بعض مظاهر التعبير عن هذا الاتجاه يتضمن بعض الحواجز التي تمنع التكامل؛ إذ إنها تحيط المعاقين حركيًا بستار من الاكتئاب وتميل إلى أن تبقيهم في معزل عن بقية أفراد المجتمع.

ولكن لما كان هذا الأمر غير طبيعي ولا يحدث بالصورة التي رسمها المعـــاقين حركيًا لأنفسهم، فإن هناك احتمالات كثيرة لحدوث مشكلات تنتهي بـــسوء تكيـــف ذوي الإعاقة وانسحابهم من المجتمع أو الانتقام منه. ويلاحظ الإخصائي أنـــه مـــن الصعب على هؤلاء الذين أفرطوا في العطف والشفقة على ذوي الإعاقة الحركيـــة أن يعوا الدور السيئ الذي لعبوه في حياة هؤلاء الأفراد.

هـ- عدم الاهتمام المفرط بذوي الإعاقة:

إن الفرد العاجز غالبًا ما يبالغ أبواه أو غيرهما في حمايته الحماية المفرطـــة أو نبذه. وهو بذلك قد يُحرم من الخبرات الثقافية المعتادة التي يمارسها الفـــرد التـــي

يمارسها الفرد السليم؛ فالشخص المشلول مثلا قد لا يكون قد تعرض لكثير من الخبرات كالذهاب مع والده لشراء بعض الأشياء أو اللعب مع جيرانه. وهكذا، فإن منجزاته في هذه الحالة محدودة إلى درجة كبيرة، وقدرته على تناول مجموعة متنوعة من مواقف الحياة قد أعيق تطورها.

وبعبارة علمية أدق: "فعالمه النفسي محدود وأقل اتساعًا وتميزًا عن العالم النفسي للفرد السليم".

ولا بد هنا أن نجد الأفراد العاجزين وقد وصلوا إلى مرحلة الرشد وهم لا يعرفون من أمور حياتهم إلا النزر اليسير، ولا يعرفون كيف يسلكون طريقهم لتحديد أهدافهم.

وهكذا فإن الفرد المعاق يحتاج إلى مساعدة خارجية من المحيطين به في صراعه مع العوامل الخارجية للحصول على حاجاته وإشباعه. ونظرًا لتعقد الحياة وكثرة مطالبها؛ فإن ذوي الإعاقة يحتاجون بطبيعة عجزهم إلى اهتمام وتشجيع أكثر ليتعلموا كيف يتغلبون على عجزهم في سبيل مقابلة ظروف الحياة. فإن أهمل الوالدان تشجيعهم ومساعدتهم فإن عجزهم سوف يزداد يومًا بعد يوم، وتسود الدنيا في أعينهم ويبدو مستقبلهم مظلمًا أمام أنظارهم ويشبون لا يثقون في العالم كله نظرًا لامتصاصهم عدم الثقة هذه من تجاربهم الأولى مع عائلاتهم.

ونجد أن بعض الآباء يهملون تشجيع أنفسهم غير قادرين على إعطاء هذا التشجيع في نفوس ذوي الإعاقة، إلى حد الوصول إلى الاضطرابات النفسية الشديدة بحيث يحتاج أمر علاجها إلى الطبيب النفسي. ويمكنه معالجة الأمر بتكوين علاقة طيبة بينه وبين ذي الإعاقة، علاقة تشعره بأنه شخص يفهمه جيدًا ويقدر الظروف التي مرت به، وتشجيعه عن طريق هذه العلاقة على تحمل المسؤولية بالتدريج حتى يكتسب الثقة بنفسه ويجابه الحياة ويستمتع بها في حدود قدراته.

(٨) المشكلات النفسية لذوي الإعاقة الجسمية (الحركية) وأساليب عـلاج تلك المشكلات:

المشكلات النفسية لذوي الإعاقة الجسمية (الحركية):

ينظر الكثيرون إلى ذوي الإعاقة الجسمية على أنهم أشخاص غير عاديين. وهذه نظرة خاطئة؛ إذ إنه يجب أن ينظر إلى هؤلاء على أنهم أشخاص عـاديون لـديهم بعض العاهات. أما مشكلات ذوو الإعاقة التي لا ترتبط بعاهاتهم، فشأنها في ذلـك شأن أي مشكلات لدى أي شخص آخر. وأما المشكلات التي ترتبط بعاهاتهم فتنشأ معظمها نتيجة الاتجاهات الخاطئة نحوهم، ونتيجة لتكون مفهوم ذات سالب لديهم.

ويمكن حصـر المشكلات النفسية لذوي الإعاقة الجسمية فيما يلي:

(أ) الصراعات:

إن مشكلة الفرد المعاق جسميًا نتيجة البتر تتمثل: في موقـف الـصراع بـين مقتضيات الظروف الجسمية ومتطلبات الموقف الاجتماعي، فغالبًا ما يكون الفـرد مضطرًا لأن يختار بين أسلوبين من السلوك أحدهما غير مقبول اجتماعيًا، ولكنـه يتعارض مع ما تفرضه الإعاقة الجسمية من قصور وظيفي. وتُمثل مواقف الحيـاة بالنسبة للفرد المعاق جسميًا سلسلة من الصراعات النفسية. وقد يلجأ إلى التخلي عن عاداته؛ ويحاول أن يتخذ أساليب السلوك التي تتفق مع وجهات نظر الآخرين الذين لا يتوقعون منه الأداء الوظيفي الكامل.

ولا شك أن الشخص المعاق جسميًا كان بالطبع سليمًا قبل الإصابة وفي أثنـاء سلامته كانت له نظرة خاصة للعجز وذوي الإعاقة. هذه النظرة وتلك القـيم التـي كانت في ذهنه، ولا شك أنها تستمر معه بعد إصابته، وهذا ما يؤثر علـى تكيفـه النفسي والاجتماعي وما يترتب عليه من صراعات لدى الفرد المعاق، فيبـدأ فـي النظر إلى نفسه بالطريقة نفسها التي كان ينظر بها إلى المصابين أي يشعر أنه أقل من الشخص السليم؛ مما يعكس أثرًا بالغًا على شخصيته وتقديره لذاته وتقبله ليعبر عن مدى تقبله لحالته التي أصابته فإنه يقول:

إذا نظرت الآن إلى نفسي في المرآة فلن أجد في إنسانًا كاملاً كما كنت ولكن تلك إرادة الله؛ ولا بد أن أتعود على هذا المنظر المؤلم.. الآن لا بد أن أقدر لكل خطوة موضعها وهل أجني من ورائها ما يوازي المجهود الضخم الذي يبذل فيها.. ثم إن الوقت الذي يضيع الآن في أداء شيء واحد كنت أستغله من قبل لأداء أشياء كثيرة. وعلى ذلك فسأظل دائمًا أقل مما كنت، ولن أعود إلى ما كنت عليه؛ وما كنت أنتظر أن أكون عليه لو لم أجد حواسي. وهذه صورة واقعية لمدى الصرعات الداخلية التي يعاني منها الشخص المعاق جسميًا.

وبهذا نجد أن "حالة تقبل الفقد" أو "تقبل العجز" لا نقصد منها حالة خضوع لسوء الحظ بل على العكس؛ إننا نرمي إلى التغلب على الشعور بسوء الحظ. ولكي نتبين الطريق الذي يظن المعاق أن يهيئه للتكيف النفسي نجد أنه يتمسك بمعاييره وقيمه السابقة؛ وهي أن المستوى الصحيح أن يكون الشخص سليمًا، وعلى ذلك فإنه يعتقد أن أحسن السبل للتغلب على الصعاب التي يصادفها هو أن يخفي ما أمكن من نواحي العجز والقصور كما لو كان شخصًا سليمًا أمام أعين الناس، وهذا يسبب له ألوانًا شتى من الصراعات الداخلية.

ولكي يحقق غايته من التكيف النفسي وتحقيق شخصيته فإنه يكلف نفسه جهودًا كثيرة لا طاقة له بها حتى يبدو عاديًا أو يغالي ليبدو أحسن من السليم؛ فهل يتغلب بهذه الطريقة على النواحي النفسية التي تؤلمه وهي عقيدته بأن العاهة تقلل من شأنه وتحقر من مركزه. إنه لا يتغلب بهذه الكيفية على تلك الصراعات والصعوبات؛ وإن الجهود الجبارة التي يبذلها الشخص المصاب تضره كثيرًا. فهو غالبًا ما يرفض معاونة غيره على أداء أعمال تحتاج عادة إلى المجهود البدني لمجموعة من الأفراد سليمي البنية، وإن شعوره بالنقص يجعله حساسًا أكثر من اللازم لبعض نواحي السلوك التي لم يكن ينتبه إليها من قبل. فلو كان مثلاً يسير مع شخص آخر سليم وتقدم الأخير ليفتح له الباب فإنه يتأثر جدًا لذلك. وما كان ليتأثر لهذه الحركة وقت أن كان سليمًا، فهو الآن يرغب في أن ينكر أنه محتاج للمساعدة؛ ويود أن يقول له: "لا تساعد؛ لأن الشخص السليم لا يحتاج إلى مساعدة في مثل: هذا الموقف".

(ب) اختلال مفهوم الذات:

إن كثيرًا ما تضمحل إرادة الفرد من أثر المرض أو الإعاقة؛ وذلك بسبب ضعف الذات. ويرى هذا الضعف واضحًا ضد عجزه عن مراقبه نفسه؛ وتنفيذ القيود العلاجية. فنجده يعمل ضد التوجيهات العلاجية؛ فقد يعاني بعض المعاقين حركيًّا في تصوير إصاباتهم فييأسون من الشفاء، ويتوقعون الانعكاس ويشفقون على أنفسهم من نظرات الغير ويفسرونها تفسيرًا خاطئًا لا يتفق مع الواقع.

لذا يجب أن نضع في الاعتبار آراء العلماء والمهتمين بمشاكل المعاقين حركيًّا (جسميًّا).

ومنهم (فيشمان Fishman ١٩٧٨) والذي يرى ضرورة أن نعتني بتغير مدركات الفرد المعاق حركيًّا ومفهومه عن ذاته بقدر ما يجب أن نهتم بتغير الجوانب الأخرى؛ فهو يرى أنه من الممكن إحداث تغيير في المعاق حركيًّا (جسميًّا) وذلك بمساعدته على أن يعيش في عالمه الواقعي. وأن يساعده على أن يفكر تفكيرًا منتجًا وأن يواجه مشكلاته بشجاعة؛ ثم يضيف أيضًا أن للصورة الجسمية التي يكونها كل فرد عن حالته الجسمية أهمية كبرى في تكوين شخصيته؛ إذ على أساسها يكون فكرته عن نفسه ويكون سلوكه متأثرًا بها.

ولهذا نجد أن الشخص المعاق حركيًّا يحاول التقليل من شأن الإعاقة والصعوبات المرتبطة بالنواحي الجسمية والنفسية. ولحماية المصاب لذاته فإن الكثير من هؤلاء يلجأ إلى الأساليب والحيل الدفاعية مثل: حيل الإنكار لفقد العضو؛ وإنكار وجود فرق بينه وبين الشخص العادي.. إن تلك المحاولات غير الواقعية والخيالية للتغلب على العجز واختيار ميكانزم معين ترجع إلى أن الإصابة لها تأثير على وظائف الذات من ناحية قدرة المعاق على الإدراك السليم للإعاقة ولإمكاناته وقدراته المتبقية. ومن بين الخواص الشخصية ذات التأثير الكبير على مفهوم الذات نوع العمل الذي كان يمارسه الفرد؛ فقد يوصف الفرد بأنه باحث ناجح أو قائد ناجح.. إلخ فإنه وبعد الإصابة يكون هناك تأثير لمفهوم الذات خاصة إذا تحتم على الفرد

تغيير مهنته بعد الإصابة إلى مهنة أخرى، وهنا تتدخل في هذه العملية عدة عوامل أخرى تتعدى مفهوم الذات.

(جـ) اختلال مفهوم صورة الجسم:

إن فقد أحد الأعضاء الجسمية يصاحبه عادة مشكلات وصدمات انفعالية تظهر على شكل شعور فياض بالخسارة، ينجم عنه يأس وشعور بخيبة الأمل؛ ويظهر بدرجة متفاوتة وفي بعض الحالات تكون هذه الاستجابة عميقة، وخاصة إذا كان المعاق غير ثابت انفعاليًا، ويسبب له مشكلة كبيرة يصعب التغلب عليها. ويغلب حدوث ذلك مع الأشخاص الذين كانوا يتمتعون بصحة كاملة ونشاط كبير؛ إذ يكون فقد العضو مفاجئًا لهم كما لو أصيبوا بصدمة أو مرض حاد؛ ذلك أن التكوين الجسمي للفرد يؤثر على شخصيته، أو العاهة تؤثر على شخصية الفرد اجتماعيًا ونفسيًا، مما يؤدي إلى الشعور بالإحساس بالنقص، وفقدان الثقة بالنفس والحقد والتواكل أو العدوان. وتعقب الإصابة سلسلة من المشكلات والاستجابات الانفعالية نتيجة لاضطرابات صورة الجسم. وطبيعة هذه الاستجابات تحدد ما إذا كان توافق الفرد سويًا أو مرضيًا. حيث إن هذه الاضطرابات الشخصية ترجع إلى التغير الذي طرأ على الجسم. وأيضًا اضطراب صورة الجسم يؤدي إلى القلق عند المعاق ويؤدي إلى ظهور الاستجابات العصابية.. ذلك أن تشويه صورة الجسم يدل على أنه تشويه للذات، والحزن على فقد جزء من الجسم في حالة البتر تشبه فقد أشخاص أعزاء لدى الفرد المعاق جسميًا.

ويجب أن نضع في الاعتبار أن الفشل في إعادة تنظيم صورة الجسم بعد بتر جزء منه هو مشكلة توافق نفسي، وهذا ما يحدث دائمًا عند الأشخاص الذين كانوا يبالغون في تقدير الجسم قبل الإصابة لاكتساب احترام الذات. وهكذا نجد أن الشخص يتصرف وكأنه شخص عادي، ومن مظاهر ذلك أنه يخفي العاهة وينكرها؛ ويحاول أن ينساها والتصرف وكأنها غير موجودة فيرفض المساعدة ويرفض الأجهزة التعويضية.

وهذا يتضح لنا في أن فقد طرف من أطراف الجسم يجعل الحياة أكثر صعوبة في النواحي الجسمية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية، هذا بالإضافة إلى عامل أكثر أهمية من ذلك كله يكمن في الفرد من ناحية مفهومه عن ذاته وعن علاقته بالمتصلين به وعلاقته بالمجتمع واتجاهات المجتمع نحوه؛ فالفرد سرعان ما يشعر بأنه منعزل عن الجماعة. وقد يترتب عليه عدم الشعور بالأمن والطمأنينة. وهذا الشعور يضع الأساس لنمط معقد من اتجاهات اعتبار الذات؛ وعدم الكفاية الاجتماعية ويزداد هذا النمط اتساعًا كلما حاول الفرد أن يؤكد الأمن لنفسه؛ وأن يحقق ذاته في إطار الجماعة.

(د) الشعور بالعزلة الاجتماعية:

وهناك أيضًا بعض التغيرات الأخرى التي تطرأ على شخصية الفرد المعاق جسميًّا؛ فهناك الخوف من العزل أو النبذ من المجتمع، وخصوصًا الأشخاص الذين يعتمد عليهم المصاب جسميًّا، وشعور العداوة قد يظهر تجاه هؤلاء الأشخاص كجزء من القلق نتيجة الانفصال وقد يرفض المعاق استخدام الأجهزة التعويضية، وكذلك رفض كل مساعدة أو عطف وذلك في محاولة لإنكار وجود فرق بينه وبين الأشخاص العاديين؛ كل هذه التغييرات ما هي إلا استجابات مرضية وأزمات نفسية مصاحبة للإعاقة. كما يحدث أيضًا اضطراب في الإدراك، وذلك لعدم التقدير الواقعي لجسمه وللآخرين، مثال ذلك: نجد بعض حالات البتر يشعرون بحساسية غير عادية وعدم راحة عند مشاهدة مبتوري أطراف أخرى.

كما أن هذا الشخص يقتصر كثيرًا في علاقاته الاجتماعية، ويشعر أنه غير مقبول في بعض الأوساط الاجتماعية كما يشعر أن عضويته مرفوضة في كثير من الاجتماعيات. ولو أعطيت له الفرصة لكي يعبر عن مشاعره في هذا الشأن فيقول:

"وعندما ينظر الناس إليَّ الآن فإنهم ينظرون إلى إعاقتي، ويعتقدون أنني لا أستطيع مشاركتهم كما كنت أفعل من قبل، وينظرون إليَّ كما لو كنت عبئًا ثقيلاً يجب

التخلص منه؛ وإذا حدث وقبلوا وجودي معهم، فلن يكونوا راضين عن هـذا الحـال وستهجرني النساء.. فماذا أفعل وليس في استطاعتي أن أكون كالشخص السليم؟!".

كل هذه مشكلات تواجه المعاق جسميًّا (حركيًّا) نتيجة لأسباب عدة:

وهى أسباب نتجت عن نظرة المعاق إلى نفسه مثل: عدم الاطمئنان إلى حالتـه الجسمية – عدم الاطمئنان النفسي.

وهناك أسباب أخرى نتجت عن نظرة المجتمع إلى المعاق حركيًا وهـي عـدم الاطمئنان إلى الغير؛ وشعور المعاق بالنقص كل هذه أسـباب أدت إلـى وجـود مشكلات عدة لدى المعاق.

أساليب علاج المشكلات النفسية لذوي الإعاقة الحركية:

يقول "أدلر": إن الشعور بالقصور البدني لدى الأفراد المعاقين حركيًـا والـذي يوحي به الفرد إلى أحد أعضاء بدنه المعاقة؛ يصير على الدوام عاملاً فعـالاً فـي نموه النفسي والاجتماعي.. ذلك أنهم يعطون أهمية كبرى للأعضاء التي فقدوها من أجسامهم بحيث تصبح الحياة لا تساوي شيئًا في نظرهم؛ ذلك أن أعـضاء الجـسم والمظهر الجسماني للفرد هو أحد مكونات الشخصية الأولية لأن الاخـتلاف عـن العاديين يسبب له قلق نفسي عنيف..

ولقد تم وضع مجموعة من الأسباب العلاجية لتلك المشكلات من وجهة نظـره؛ وذلك للارتقاء بشخصية الفرد المعاق حركيًا "جسميًا"، ومساعدته علـى الانتـصار على إعاقته.. ولقد تم تحديد هذه الأساليب في خمس نقاط رئيسية هي:

أ- إعادة تحسين مفهوم الذات.
ب-. تحسين اتجاهات المعاق نحو إعاقته.
ج- إشباع الحاجات النفسية لديهم.
د- خفض مستوى القلق لدى المعاقين جسميًا.
هـ- مساعدة المعاق على التكيف مع بيئته.

أولاً: إعادة تحسين مفهوم الذات:

إن فقد أحد الأعضاء الجسم يصاحبه عادة صدمة انفعالية تظهر على شكل شعور فياض بالخسارة، وينجم عنه يأس وشعور بخيبة الأمل، ويظهر بدرجات متفاوتة. ومن بعض الحالات تكون هذه الاستجابات عميقة وخاصة، إذا كان المعاق غير ثابت انفعاليًا، ويسبب له مشاكل كثيرة يصعب التغلب عليها. ويغلب حدوث ذلك مع الأشخاص الذين كانوا يتمتعون بصحة كاملة ونشاط كبير؛ إذ يكون فقد العضو مفاجئًا لهم كما لو أصيبوا بصدمة أو مرض حاد.

وعلى ذلك يصبح العلاج النفسي ويصبح مفهوم الذات وفكرة المعاق عن نفسه؛ أمورًا مهمة جدًا في عمليات علاج الأشخاص المعاقين جسميًا.

ويعتبر نضج مفهوم الذات حجر الزاوية في بناء الشخصية، إذ لا يمكن أن تحقق فهمًا واضحًا للشخصية أو السلوك الإنساني بوجه عام دون أن تشمل متغيراتنا مفهوم الذات.

إذ إن فكرتنا عن ذاتنا هي التي تحدد نوع الشخصية، وهي التي تحدد كيفية تصرفنا حيال المواقف والأحداث الخارجية. وبهذا تتحدد قيمتها بالنسبة للشخص المعاق جسميًا على الصورة التي يدرك بها نفسه؛ ففكرة الفرد عن ذاته هي النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصيته.

وتبدو ظاهرة أن الذات هي ما يدركه الفرد المعاق جسميًا ويعتقده عن نفسه. وبهذا المعنى تتكون الذات من مجموع إدراكات الفرق لنفسه وتقديره لها. وهي أيضًا تتضمن الخبرات الإدراكية والانفعالية فتتركز كلها حول الفرد باعتباره مصدرًا للخبرة والسلوك.

ثانيًا: تحسين اتجاهات المعاق نحو إعاقته:

من الأمور أيضًا في مجال العلاج النفسي للمعاقين جسميًا إلى جانب تحسين مفهوم الذات لديهم هو اتجاه المعاق نحو إعاقته والتوافق معها؛ حتى لا تزداد حالته سوءًا وتجعل العائق مضاعفًا. فنجد أن كلاً منا يكون صورة ذهنية عن حالته

الجسمية سواء أكان سليمًا أو معاقًا. ولهذه الصورة الجسمية أهمية كبرى في تكوين شخصيته؛ إذ على أساسها يكون المعاق جسميًا فكرته عن نفسه واتجاهاته نحو عاهته نجد أن سلوكه يصبح متأثرًا بها.

فالكثيرون ممن يصابون بحوادث ينتج عنها عاهات يفكرون في التخلص من الحياة بالانتحار. والذي يحدث في هذه الأحوال أنهم يعطون أهمية كبرى للأعضاء التي فقدوها من أجسامهم بحيث تصبح الحياة لا تساوي شيئًا في نظرهم؛ فكل عمل يقوم به الفرد المعاق جسميًا يشعر أنه يتعبه، وأنه قاسٍ على نفسه سواء أكان لهذا العمل ارتباط بالعضو المصاب أو لم يكن له أي ارتباط. وهذا العذاب الذي يخلقونه لأنفسهم يمتد إلى كل شيء، وفي كل وقت، ويكون المخرج الوحيد لهم من حالة الفقدان أو حالة العذاب وحالة الضيق النفسي، وهي ترك الحياة بكل ما فيها.

ومن المسائل المهمة التي يهتم بها المصاب بدنيًا في أغلب الأحوال هي مظهره الخارجي؛ فهو يعتقد أن أي شخص سليم يقابله يقع بصره أول ما يقع على العضو أو الطرف المبتور أو العاهة أيًا كانت.. وأن هذا يحتل بؤرة تفكيره وشعوره الداخلي. والواجب أن يفهم المعاق أن الأثر الذي تتركه مقابلته لشخص سليم يكون نتيجة تأثير الشخصية كلها كوحدة وأن أثر المظهر الجسمي يكاد لا يذكر الشخصية كلها كوحدة، وأن أثر المظهر الجسمي يكاد لا يذكر إلى جانب أثر النواحي الأخرى المهمة. وأننا كثيرًا ما نصادف أشخاصًا نتحدث إليهم ونحكم على قوة شخصياتهم ثم ننصرف، وربما نعرف بعد ذلك أن منهم من كانت ساقه صناعية أو أن إحدى عينيه زجاجية أو غير ذلك؛ فهذه الأمور لا تسترعي انتباهنا مثل: كياسة الشخص ولباقته وسلوكه عمومًا، وهذا هو الذي يترك فينا أثرًا فعالاً.

إن العجز الجسمي أو الإعاقة يكون لها أثر على اتجاهات الفرد نحو إعاقته لدى الفرد المعاق جسميًا. وأننا نلاحظ بعض هذه الآراء كما نلاحظ بعض مظاهر الجزء الأكبر من الأثر الذي يستوطن في منطقة اللاشعور ومما لا شك فيه أنه مهما قللنا من قيمة أعضاء الجسم؛ والمظهر الجسماني الخارجي فهو أحد المكونات الأولية

للشخصية. وعلاوة على ذلك فإنه مهما ضغطنا على وجوب اعتبار كل ذي عاهة شخصًا منفردًا مستقلاً وله ظروفه الخاصة وسلوكه الخاص به؛ فإن هناك بعض الصفات المشتركة في سلوك ذوي الإعاقة؛ ذلك أننا نعتبر أن سلوك كثير من ذوي الإعاقة سلوك شاذ.

ثالثًا: إشباع الحاجات النفسية:

لا شك أن الذات تتكون من مجموع الوظائف النفسية التي تحكم السلوك والتوافق. ومن خلال التفاعل المستمر بين الفرد وبيئته تتكون الذات؛ وذلك لأن أفراد البيئة الذين يحيطون بالفرد يعتبرون مصدرًا لإشباع الفرد أو إحباطه من خلال تقديرات الآخرين للفرد ومن إشباعهم أو إحباطهم له؛ ومن ثوابهم وعقابهم للفرد ومن تقبلهم للفرد أو نبذهم إياه سيكوّن الفرد فكرته عن ذاته.

وهناك حقيقة مؤداها أن معرفة الذات تظهر على الخبرات الحسية وعلى وجهات نظر الآخرين؛ مما يجعل صورة الجسم تفوق مجرد أدائه الوظيفي.

وتبدأ الفكرة بالنظر إلى أجزاء الجسم من حيث اعتبارها جيدة أو سيئة، وتؤدي بكفاءة أو غير كافية الأداء. ولا شك أيضًا أن الفرد صاحب العاهة له حاجاته النفسية ومن أهمها حاجته إلى تقدير الناس له. وهو في حاجة إلى تقديرهم لما عنده من قدرات فائقة في نواحٍ كثيرة بالرغم من الإعاقة التي أصابته، وإن إشباع هذه الحاجة النفسية لخير معين على إشباع باقي الحاجات والمرتبطة بها ارتباطًا وثيقًا وأهمها حاجته إلى أن يقدر نفسه.

لذا يجب على مجتمع العاديين أن يقدموا إلى الأشخاص المعاقين حركيًا (جسميًا) مساعدتهم المستمرة بنفس راضية إذا لزم الأمر. وذلك لتقديم الراحة النفسية والسعادة للشخص العاجز؛ حتى ولو لم يتمكنوا من عمل شيء بالنسبة للعاهة نفسها. وهذا مما لا شك فيه يترك أثرًا طيبًا في نفوس هؤلاء الأشخاص، والذي يؤدي بدوره إلى إحداث التفاعل الدينامي السليم بينهم وبين مجتمع العاديين.

رابعًا: خفض مستوى القلق:

إن فشل الذات في التحكم في صراع حقيقي مع الواقع يعتبر بداية تفكك الذات؛ والإحباط الذي عادة ما يقود الفرد المعاق جسميًا إلى إيجاد إشباع بديل.. وفي محاولة تخفيف قلق الصراع الداخلي تلجأ الذات إلى مجموعة من الحيل الدفاعية المختلفة والتي تشكل أمراضًا نفسية في طبيعتها؛ حيث إنها قد فشلت أيضًا في الحل الكامل.

لذا نجد أن مشكلة القلق النفسي تعتبر من المشكلات المهمة في حياة المعاقين جسميًا؛ فمجرد شعور الفرد المعاق جسميًا بالاختلاف عن العاديين يسبب له حالة من القلق النفسي. وكما نعلم لا يمكن الفصل عادة بين نواحي القصور الجسمي والقلق النفسي والارتباط بينهما وثيق. وهناك من البيانات التي تدل على ارتفاع نسبة المصابين بالعُصاب بين هذه الفئة من المصابين بفقد أعضاء جسمية. وأنه كلما كانت الإصابة أكبر كانت المظاهر النفسية أسوأ. وغالبًا ما يكون عُصاب الفرد راجعًا إلى عدم معرفته بطبيعة النقص الذي عنده؛ وعلى ذلك فمن الأفضل أن نشرح للفرد تفاصيل النقص الذي عنده؛ وكيفية التغلب على هذا النقص.

لذا يجب العمل على إحداث تغير عند المعاق جسميًا وذلك بمساعدته على أن يعيش في عالمه الواقعي؛ وأن يفكر تفكيرًا موجهًا منتجًا. وأن يواجه مشكلاته بشجاعة وأن يفكر في تحسين أحواله بكافة الطرق وأن إصرار الشخص المعاق جسميًا على مقارنة نفسه بين كل حين وآخر بالشخص السليم لا يعود عليه أو على غيره بأي فائدة تذكر. وبهذا يمكننا أن نصل به إلى أن نعمل على تخفيف شحنات القلق النفسي الذي انتابه عقب إصابته بالإعاقة الجسمية.

خامسا: مساعدة المعاق على التكيف مع بيئته:

من أهم الأهداف الرئيسية التي يقوم بها العلاج النفسي للأشخاص المعاقين جسميًا؛ وهو مساعدة الفرد المعاق جسميًا على التكيف مع البيئة التي يعيش فيها بعد إصابة عجز قواه الجسمية في حدود ما تبقى له من قوة، أو بعبارة أخرى مساعدته على أن يستفيد ما يمكنه استفادته من قدراته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية وتوجيهه في ذلك حتى يعيش عيشة أسعد.. وقد كان المعتقد قديما أن

العاجزين بسبب عاهة أو أخرى كتب عليهم أن يعيشوا هكذا؛ دون أن يكون لهم أي فائدة إيجابية يشتقون منها سعادتهم في المجتمع، أو تعود عليهم وعلـى المجتمـع بالنفع منهم؛ وذلك لأن العجز كان عليهم يعني استحالة التكيف النفسي، وعدم القابلية للعلاج النفسي.

إن فلسفة العلاج النفسي والتأهيل المهني تنادي بأن الأفراد الخالين من العجـز يكاد يكون من المستحيل وجودهم في الحياة، فكل جسم يعاني من نوع ما. فالأفراد يختلفون مثلاً في قوة الإبصار؛ فمنهم من يرى بوضوح وعلى مـسافات طويلـة، ومنهم لا يرى مطلقًا. وبين الحالتين درجات مختلفة من الإبصار وما يقال عن قوة الإبصار يقال أيضًا في باقي الحواس كالسمع والشم واللمس وغيرها.

بل لا بد أن يقال أيضًا عن قوى الجسم الأخرى كـالقوة العـضلية وحركاتهـا ومرونتها.

فالأفراد يختلفون فيها اختلافًا بينًا، فرب فرد مبتور أو مشلول اليد أقوى من آخر صحيح الأطراف بل إن هناك فردًا محرومًا من إحدى القوى التي يتمتع بها غيره، ومع ذلك فإن هذا الأخير يمتاز عن الأول في قوة أخرى لا يتمتع بها الأخير. لـذا يجب أن تكون نظرتنا إلى العجز نظرة صحيحة؛ تنتهي بأن العجز الإنساني هـو عجز نسبي، وأن الإنسان به من القدرات والمهارات والمواهب ما يمكن توجيههـا بحيث تعوض ما يعانيه هذا الإنسان من عجز في ناحية ما.

فالإنسان العاجز له من الدوافع والخصائص ما يعينه على مقابلـة مطالـب الحيـاة والتغلب على ضغوطها الحياتية؛ فلقد صادفنا أن أحد المصابين ببتر في الذراعين يقوم بالكتابة بوضع القلم في فمه؛ وهو في كلية الآداب؛ هذه النماذج بلا شك تدل على مدى تغلب المعاق على الصعاب ومواجهة التحديات بما أعطاه الله من قوة باقية.

(٩) الأسرة والمعاق حركيًا:

عندما يتحرك المعاق من مكان أو من وضع إلى آخر مـن المهـم أن يتحـرك المعاون والمعاق معًا كشخص واحد؛ ويجب أن تكون هناك نقطة أو نقـاط ثابتـة

يدور حولها الثقل إلا إذا كان هناك عدة أشخاص يعلمون معًا لرفع شخص بعيد تمامًا عن الأرض. أما إذا كان المعاق؛ معاقًا جزئيًا ويحرك نفسه؛ فإنه يستطيع أن يجعل قدميه أو يديه أو مؤخرته أو رأسه في وضع ثابت لتعمل كمحور ارتكاز. وإذا كانت هناك معاونة لتحريك معاق فهي عادة تكون بتثبيت قدميه وربما أيضًا ركبتيه؛ ولكي تقوم بذلك تقف مائلة نحوه. وإذا كانت قدماه على الأرض تثبت القدم باعتراض بباطن ركبتها. وفي هذا الوضع تكون قدماه المعاونة أيضًا ثابتتين وأقدام الاثنين تشكل نقطة ثابتة واحدة مشتركة تعمل كمحور ارتكاز يستطيع الاثنان أن يتحركا حوله بتناسق تام.

وعلى المعاق والمعاونة أن يرتديا أحذية أو صنادل محكمة القياس للأمان ولا ينبغي لشخص أن يقدم على رفع معاق وهو مرتدٍ جوربيه دون حذاء إلا إذا كان واقفًا على سطح غير زلق كالسرير مثلاً.

وعلى المعاق ألا يرتدى إطلاقًا جوارب دون حذاء إذا كانت قدماه ستوضعان على أرض أو على مسند القدمين في الكرسي المتحرك؛ فالأقدام الحافية أكثر أمانًا من الأقدام المكسوة بجوارب فقط.

وإذا لم يمسك جسم المعاق بصورة صحيحة؛ بحيث يكون منتصبًا فقد ينهار هاويًا بسهولة وحتى يمكن الإمساك به منتصبًا. ويمكن استخدام ركبتيه وإعاقته والمنطقة العظمية فوق الردفين وكتفيه كنقاط تثبيت للمسكة؛ وإذا وزعت المعاونة الضغط على هذه المناطق بصورة متوازنة؛ سيبقى المعاق منتصبًا حتى يشعر بأنه متوازن ومستعد لأن يتحكم في وضعه المنتصب بنفسه.

وتستطيع المعاونة أن تسند المعاق وتحبط أي محاولات من جسميه للميل بأن تدنو بجسدها نحو المعاق. فإذا شرع في الميل نحوها باتجاهه وإذا مال في الاتجاه الآخر تجذبه إلى وضعه الأصلي، أو بمعنى آخر يسند الجسمان أحدهما الآخر وتساعد المعاونة الشخص المعاق ليبقى منتصبًا.

وعندما يفقد الناس بعضًا من قوتهم سواء بصفة مؤقتة أو دائمة قد يـــضطرون إلى إجراء عدة محاولات للقيام بحركة قبل أن يستطيعوا أداءها؛ ويستخدموا مزيدًا من القوة بعد كل محاولة فاشلة حتى ينجحوا؛ بالضبط كما في أرجوحة الحديقة؛ إذ يمس الشخص بقدمه الأرض فحسب ليبدأ الحركة؛ ثم يستخدم تـــدريجيًا حركـــات أقوى من جسمه وساقيه ليزيد من طول قوس التأرجح وحركة التأرجح هذه يمكـــن الاستفادة منها لمعاونة المعاق؛ بمساعدة مؤقتة بدقة من جانب المعاون.

وتعتبر مسألة التوقيت جزءًا مهمًّا من فن مساعدة الشخص المعاق على تأديـــة الحركة بأقل جهد ممكن.

وعلى المعاونة أن تحرص على ضبط مساعدتها مع حركة الجزء المتحرك من جسم المعاق عند مساعدته على الوقوف عندما يكون في وضع الجلوس أو الانفعال من سرير إلى كرسي مثلاً ولا يكون اتجاه الرفع إلى أعلى أو إلى الأمام مباشـــرة على الإطلاق وإنما يكون دائمًا أو في اتجاه الحركة الطبيعي.

والرأس والردفان هي التي تبدأ الحركة الجسم عادة؛ لذلك يجب أن يحرك الرأس أولاً عند القيام أو الجلوس أو التقلب. وعلى المعاق ألا ينسى أن ينظر باتجاه المكان الذي يقصده أما عند الجلوس أو الاستدارة إلى الخلف، فإن الردفين هما اللذان يبدآن بالحركة، بينما يتحرك الرأس دائما في الاتجاه المعاكس.

تحدث حركة تأرجح أو تمايل الجسم إلى الأمام وإلى الخلف من الفخـــذين بـــشكل طبيعي عند الضحك أو الحزن، ويمكن أيضًا بدء حركة الجسم التي يصعب القيام بها بالنسبة للمعاق بحركة بسيطة أولا، ثم زيادتها بدفع أو بجذب أي جسم قريب ثابت.

والمساعدة المؤقتة توقيتًا صحيحًا من جانب معاونة توجه جذبه في حرص في اتجاه الجذع نفسه يزيد من فعالية ومقدار حركة التأرجح حتى يرتفع الردفان من المقعد.

وإذا اتضح أن جذبة المعاونة تميل نحو الجر بدلاً من الرفع عند النقـــاط التـــي تمسك منها؛ فعليها أن تعيد النظر في طريقة مسكتها أو في اتجـــاه حركـــة الرفـــع

ويمكن إضافة حركة دوران أو استدارة في أول عملية الرفع إذا كانت هناك رغبة في أن يجلس المعاق على مقعد مجاور.

ويمكن تحريك كل فخذ إلى الأمام أو إلى الخلف على التوالي بالتأرجح إلى الجنب من فخذ لأخرى، بشرط أن يكون الرأس مائلاً إلى الأمام على أن يكون هناك دفع أو جذب باليدين في الوقت نفسه حتى يستطيع المعاق أن يتحرك نحو طرف الكرسي الذي يجلس عليه ليتمكن من الانتقال إلى نقطة أخرى من الأثاث كالسرير مثلاً.

والطريقة الوحيدة لتنجح حركة التأرجح الجانبية هذه مع شخص عاجز بدرجة كبيرة قد تكون بضغط المعاونة على كتفيه بالتبادل. وللانتقال بهذه الطريقة إلى طرف الكرسي دون خدش مؤخرة الفخذين أو رفع الملابس؛ يجب رفع الساق المقابلة عندما يكون الثقل على أحد الردفين؛ وربما احتاج الأمر إلى أكثر من حركة تأرجح جانبية قبل أن يمكن تحريك الساق الأخرى.

وطرق الإمساك الأساسية بالنسبة للمعاونين ٩ مسكات هي:

١- مسكة المعصم.
٢- مسكة الأصابع.
٣- مسكة الرفع من خلال الذراعين.
٤- مسكة الإبهامين والراحتين المتقابلتين.
٥- مسكة الساعد.
٦- مسكة الحوض.
٧- مسكة الإبط.
٨- مسكة المرفق.
٩- مسكات تعديل وضع المعاق.

(١٠) الكرسي النقال

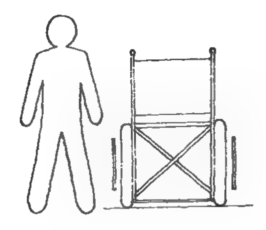
يحتاج إلى كرسي نقال كل من:

- الذين فقدوا ساقيهم.
- المصابون بشلل يمنعهم من المشي.

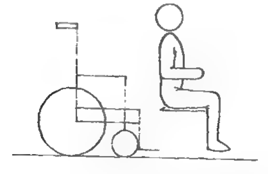
- الذين يتعذر عليهم السير مسافات طويلة فيغدو الكرسي النقال ضروريًا للتنقل خارج المنزل.

قياسات الكرسي النقال:

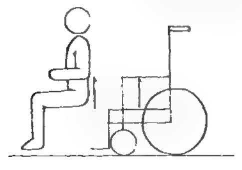
*** عرض المقعد = عرض الحوض + ٢سم**



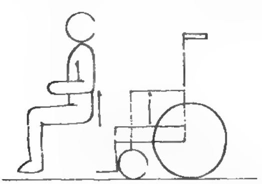
*** عمق المقعد = المسافة من وراء الركبة إلى وراء الفخذ — ٢سم**



***ارتفاع مسند الكوع = المسافة بين المرفق و أسفل المقعد + ٢ سم**



*ارتفاع مسند القدم = المسافة بين وراء الركبة إلى أسفل الكعب – ٢ سم



كرسي نقال مع تحكم يدوي:

يُحرك الشخص المقعد هذا الكرسي بنفسه بقوة ذراعيه وبواسطة الطارة.

في أكثر الحالات تكون العجلتان الكبيرتان خلفيتين، ولكن يمكن أن نجدها أحياناً في الأمام مما يصعب التحكم بالكرسي على أرض وعرة؛ ويعرقل عملية الانتقال منه وإليه؛ لذلك إن استعمال هذا النوع من الكراسي قليل.

إذا كان الشخص المقعد نشيطاً؛ ويجب عليه استخدام كرسي خفيف الوزن قابل للطي وخالٍ قدر المستطاع من الزوائد كلما اشتدت الإعاقة؛ كلما ازدادت الحاجة إلى كرسي مريح وآمن، ظهر ومساند عالية؛ مساند القدمين مائلة.. إلخ

كرسي نقال يدفعه شخص آخر:

لهذا الكرسي أربع عجلات صغيرة وهو مُعد للأشخاص المصابين بإعاقة شديدة أو للأطفال الصغار الذين يضطرون للاستعانة بشخص آخر لمساعدتهم في التنقل وهو صعب الاستعمال في الخارج.

كرسي نقال كهربائي:

إن الكرسي النقال الكهربائي يتحرك بواسطة محرك، وهو معد للأشخاص الذين لا يقوون على رفع الطارة اليدوية لضغط كبير في ذراعيهم؛ أو لأنهم يصابون بسرعة. وهذا الكرسي ثقيل لا يُطوى فيمكن حمله أو نقله في سيارة؛ كما يستلزم صيانة مهمة.

(١١) تدريبات للمعاقين حركيًا:

التدريب على الوقوف تمهيدًا للمشي:

يعد الوقوف المستقيم أساسًا للتمهيد للمشي والجري والانتقال ويشكل المعالم الأساسيّة للتوجه نحو الاستقلال.

يمر الطفل المشدود العضلات خلال الأشهر الأولى من حياته بفترة الانشداد أي إذا ما حاولنا دفعه من تحت إبطيه وإنزاله إلى الأرض تمتد ساقاه الواحدة أمام الأخرى كالمقص ليلامس سطح الأرض برأسي إبهامي قدميه.

أما في المرحلة التالية بعد الأشهر الستة فتبدأ عضلات الساقين بأخذ وضع الجلوس في الهواء ويصعب عليه مد ساقيه لملامسة الأرض.

أما الطفل المرتخي العضلات فتكون عضلاته مرتخية من اليوم الأول لولادته؛ ويمكن أن يبدأ بالجلوس في الهواء؛ وإذا ما كررنا إمساكه من تحت إبطيه وإنزاله إلى الأرض نلاحظ بعض انشداد عضلاته ولكن دون أخذ وضع المقص.

وفي عملية التدريب على الوقوف يجب العمل ضمن الشروط التالية:

- على أن تكون الساقان متباعدتين في حالة الوقوف.
- على أن تكون وضع القدمين الملامس للأرض مسطحًا.
- على أن تكون الركبتان كلتاهما ممدودتين.
- على أن يكون الجذع والرأس مستقيمين.
- يجب الأخذ بعين الاعتبار لبعض الإعاقات الحركية التي تتوافق مع تشوهات تغير في شكل العظام في الطرفين السفليين؛ ويجب التزود بكافة التجهيزات والأحذية الخاصة.
- إن استعمال المرآة الممتدة من الأرض وحتى مترين؛ ومع وجود مماسك على جانبيها يشجع الطفل على اتخاذ وضع الوقوف بشكل مستقيم. يمكن استخدام أي منضدة بحيث يستطيع الطفل الإمساك بطرفها للتمسك في حالة وقوفه مستقلاً.

أما إذا كان الطفل ضعيف القوى للوقوف وخاصة من ناحية التحكم في تـدعيم ساقيه؛ فيمكن استعمال اللوح المائل، بحيث يكون طرف اللـوح الأعلـى منـضدة مناسبة لطول الطفل وطرف اللوح الأسفل يلامس الأرض مع إمكان إدخال قـدمي الطفل في فتحتين خاصتين لذلك.

حتى نساعد الطفل على التحكم في وضع الوقوف بشكل مائل فوق ذلك اللـوح علينا أن نثبت ركبتيه وفخذيه؛ وتدريجيًا يخفف ذلك التثبيت مع تنمية قوة العضلات في الساقين ويمكن وضع الألعاب المحببة للطفل على المنضدة ليعمل على تـشغيل يديه.

وتوجد بعض الشروط الواجب مراعاتها في التدريب على الوقوف تمهيدًا للمشي:

- أن يكون اللوح المائل مناسبًا لطول الطفل حتى إبطيه.
- أن تكون زاوية الانحناء ٤٥ درجة؛ ثم تزداد تدريجيًا.
- ألا تزيد وضعيَّة تلك الحالة أكثر من ٢٠ دقيقة يوميًا.
- يجلس الطفل على كرسيه المناسب لحجم قدميه على الأرض يلف فوطة حول صدره من تحت إبطيه؛ ومساعدته على القيام بالجلوس لمدة ١٠ دقائق يوميًّا.
- يوقف الطفل مُسندًا ظهره إلى الحائط؛ ويتم تشجيعه علـى التقـدم بعـرض الأشياء المحببة إليه عندما يحاول التقدم هناك العديد من السقطات قبل التمكن من الانحناء ثم العودة إلى وضعه السابق لسنده مجددًا إلى الحائط.
- يوقف الطفل ويطلب منه الانحناء لملامسة قدميه بأطراف أصابعه وذلك بعد تثبيت فخذيه وركبتيه، ثم يطلب منه العودة والوقـوف لمـدة ٣ دقـائق إذا صعبت عليه العودة فيمكن مساعدته بدفع صدره إلى أعلى وإلى الوراء.
- يقف الطفل على الأرض يمسك بيديه كلتيهما الفخذين لتثبيته.
- يهز الطفل إلى الاتجاهين كليهما برفق لكي يتدرب على استقامة جسده.
- يمكن استعمال الكرة الكبيرة أو برميل؛ وذلك أن يقف الطفل مستندا بساعديه إلى الكرة أو إلى البرميل، ونتم إثارته لدحرجة الكرة مليمترات برفـق ثـم العودة إلى الوضع السابق.

- إن تدليك أعلى الفخذين والساقين لفترة دقيقتين قبل الشروع بالتمارين من شأنه أن يساعد الطفل ويهيئه.

الوقوف بغير سند:

- نُوقف الطفل ونقف وراءه ونضع أيدينا على كتفيه ثم ندفعه إلى الأمام قليلاً؛ ليتمكن من تدعيم نفسه مستقلاً ثم يعاد سنده.
- يُوقف الطفل وقد لف صدره بمناشف؛ ويمسك طرف المنشفة من الخلف للتحكم في استقامة وقوف الطفل، ثم تمسك المنشفة من الخلف مسافة قريبة. وتدريجيًا يتم تطويل المنشفة وإمساكه من مسافة أبعد فأبعد حتى يتمكن الطفل من الاستغناء عنها.
- يُوقف الطفل ممسكا بطرف عصًا لتثبيت وضعه، أما الطرف الآخر من العصا فيمسكه حتى يستطيع الطفل الوقوف دون مساعدة.
- يُوقف الطفل مستقيمًا؛ ويسند باليدين كلتيهما من وسطه ثم يترك ليتدرب على الاستقلال في الوقوف.

تدريب التقلب والجلوس:

- إذا كان الشخص غير قادر على الانقلاب إلى أحد الجانبين بمفرده فساعده على فعل ذلك.
- ابدأ به راقدًا على ظهره على الأرض أو على الفراش.
- اجلس إلى الجانب الذي سيتحول إليه.
- ساعده على أن يدير رأسه وينظر إليك.
- والآن ساعده على أن يحرك ذراع الجانب الآخر العلوي من جسمه نحوك.
- ثم ساعده على أن يحرك رجليه والجزء السفلي من جسمه نحوك.
- والآن سوف يصبح راقدًا على جانبه.
- إذا لم يستطيع البقاء راقدًا على جانبه دون مساعدة فضع وسادة خلف جسمه لتسنده.

ولمساعدة الشخص على العودة إلى الرقود على ظهره؛ افعل ما يلي:

- ابدأ بمساعدته على أن يدير رأسه لينظر إلى أعلى.
- والآن ضع يديك على فخذيه ومنكبيه العلويين وساعده على الدوران بجسمه ليرقد على ظهره.
- كرر هذا النشاط (التدريب) يوميًا.

علّم الشخص الانقلاب من جانب لآخر دون مساعدتك:

- ابدأ به راقدًا على ظهره.
- يدير رأسه إلى الجانب الذي سيتحول إليه.
- تنتقل الذراع والرجل من الجانب المقابل إلى الجانب الذي سيتحول إليه.
- يدير جسمه إلى جانبه.
- بعد ذلك علّمه العودة للنوم على ظهره.
- يدير رأسه لينظر إلى أعلى.
- يحرك الذراع والرجل للخلف.
- يدور بجسمه ليرقد على ظهره.
- علّمه أن ينقلب إلى الجانب الآخر بالطريقة نفسها.
- كرر ذلك عدة مرات إلى أن يستطيع التقلب من جانب إلى آخر بسهولة.

لتعليم الشخص الجلوس من وضع الرقود بالمساعدة؛ علمًا بأن هناك عدة طرق منها:

- ابدأ به وهو راقد على ظهره من الفراش.
- اجلس بجانبه.
- ضع إحدى ذراعيك خلف كتفه؛ وأمسكه بذراعك الأخرى.
- ساعده على رفع رأسه وكتفيه إلى أعلى، وساعده على تحريك ذراعيه والارتكاز بجسمه على مرفقيه.
- ثم ساعده على مد ذراعيه والارتكاز بجسمه على كفيه.
- بعد ذلك ساعده على أن يميل إلى الأمام وعلى أن يحرك يديه إلى الأمام.
- ثم اطلب منه أن يضع يديه على حجره.
- الآن أصبح جالسًا من دون الارتكاز على يديه.

- كرر هذا عدة مرات؛ قلل مساعدتك له مرة بعد مرة حتى يستطيع الجلـوس بمفرده.
- يمكنك تثبيت حبل قوي يقوم بشده ليستخدمه في الجلوس بنفسه وبمساعدة الحبل.

كذلك علم الشخص الجلوس في وضع الرقود دون مساعدة:

- اطلب منه أن يرقد على ظهره.
- علمه أن يرتكز على مرفقيه ويرفع جسمه إلى أعلى مستندًا عليهما.
- اطلب منه أن يرتكز على يديه ويرفع جسمه إلى أعلى.
- اطلب منه أن يجلس دون الارتكاز على يديه.
- توجد طرق أخرى تلائم كل حالة؛ واترك الشخص يجلس حسب الطريقة التي يستسهلها.

تدريب القيام من الجلوس:

- إذا ظل الشخص مستلقيًا مدة طويلة فقد يشعر بدوخة عندما يبدأ القيام.
- علم الشخص أن يجلس ويقف ببطء فهذا يساعده على الوقاية من الدوخة.
- إذا شعر الشخص بدوخة عندما يجلس فساعده على الاستلقاء.

تدريب القيام من الجلـوس على كرسي:

يقف شخصان مساعدان على جانبي المريض.

- يجب أن يثبت المريض قدميه على الأرض ويميل إلى الأمام.
- يسند كل مساعد المريض بوضع إحدى ذراعيه حول ظهره ويضع كل منهما ذراعه الأخرى تحت مرفقي المريض المثنيتين وساعديه ويديه ليمسك به بهذه الطريقة.
- يميل المريض إلى الأمام ثم يقود بمساعدة الشخصين المساعدين.
- عندما ينتصب المرض قائمًا يمكن للمساعدة سنده إذا لزم الأمر
- علِّم المريض الجلوس ثانيةً بمساعدة الشخصين؛ حيث يمسكان بالطريقة نفسها.

تدريب القيام من الجلوس على الأرض:

توجد عدة طرق للتدريب على القيام من الجلوس على الأرض منها:

- ثبت ثلاث قطع متينة من الخشب بإحكام على الحائط ويجب أن تكون القطعة السفلية في مستوى وجه المريض.
- يجلس المريض مواجهًا الحائط ثم يضع يديه كلتيهما على قطعة الخشب السفلية ويبدأ في التعلق بها للقيام.
- مع تحرك المريض تصبح القطعة الخشبية العلوية في متناوله فيتعلق بها ويرفع نفسه قائمًا.
- قدم للمريض المساعدة التي يحتاجها لرفع نفسه واطلب منه أن يفعل ما يمكنه فعله دون مساعدتك.
- كرر ذلك عدة مرات.

تدريب المعاق حركيًّا على المشي:

- ربما يكون الشخص قد ظل مدة طويلة لا يمشي ويخشى الوقوع عندما يقوم للمرة الأولى ويحاول المشي.
- قف قريبًا منه وكن مستعدًّا للإمساك به إذا بدأ يقع، وحاول أن تطمئنه أو يمكنك أن تسنده في بادئ الأمر حتى لا ينتابه الخوف.
- لكي تدرب الشخص على المشي قد يلزمك أن تصنع بعض الوسائل المساعدة
- أيًّا كانت الطريقة التي تستخدمها لتعليم الشخص المشي؛ يجب أن تدربه على أن يخطو خطوات صغيرة في بادئ الأمر؛ فالخطوات الصغيرة تساعده على التوازن بسهولة أكبر.

التدريب على المشي دون مساعدة:

- قف قريبًا من الشخص أثناء مشيه وتحدث معه.
- امش على أنواع مختلفة من الأرض.
- اصطحبه للسير في المنطقة المجاورة للمنزل.

- زد المسافة التي تمشيانها قليلاً كل مرة مع زيادة في السرعة.
- في الوقت نفسه تأكد من أن الشخص لا يتعب.

تدريب المعاق حركيًّا على العناية بنفسه:

- إن الشخص الذي يمكنه العناية بنفسه يكون سعيدًا بقدرته على أداء هذا العمل وسوف لا يشعر باعتماده على الآخرين.
- إذا كان الشخص لا يستطيع إبقاء رأسه معتدلاً أثناء الأكل فضع ذراعك خلف عنقه لمنع الرأس من الانحدار للخلف.
- إذا كان رأس الشخص يتجه دائمًا إلى أحد الجانبين فاجلس على الجانب الآخر للشخص وأدر وجهه إلى الأمام بيدك.
- دعه يأكل ويشرب على مهل ولا تحاول أن تجعله يسرع في الأكل.
- إذا كان يستطيع استعمال الملعقة فيجب تسهيل إمساك الشخص بها، بأن تجعل يدها أغلظ واستعمل قطعة من الخشب لتزيد سمك يد الملعقة.
- إذا كان الشخص قد فقد أصابعه فاصنع شريطاً يربط بالذراع وبه جيب للملعقة. ثبت الشريط حول ذراع الشخص أو يده.
- يمكن أن يكون لكوب الماء مقبضان بدلاً من واحد.
- بعض الأشخاص لا يستطيعون الجلوس القرفصاء أو الوقوف أو ربما لا يقدرون على الوقوف مدة طويلة للاستحمام، فيمكنه أن يجلس على مقعد أو صندوق أثناء الاستحمام.
- إذا كان الشخص لا يستطيع رفع يديه ليصل بها إلى شعره فزود المشط بمقبض طويل من الخشب يربط بخيط.
- إذا كان الشخص لا يستطيع استعمال المرحاض فيمكن أن يتعلم استعمال وعاء خاص لقضاء الحاجة.
- إن الملابس الأوسع قليلاً من المعتاد أسهل له في ارتدائها وخلعها.
- إذا كان الشخص لا يستطيع استعمال الأزرار لضم أطراف الملابس بعضها إلى بعض فبدلها بخيوط.

(١٢) اللعب وأهميته للطفل المعاق حركيًّا:

يستطيع الأطفال الطبيعيون الاندماج بسهولة مع المعاقين حركيًا بصورة أسهل من الاندماج مع من يعانون من مشكلات في التخاطب أو من لا يقدرون على أداء الكثير من الأشياء دون سبب واضح؛ فالطفل يمكن أن يتقبل التفسير بأن قدمي (جاك ليستا) مثلا قويتان لذا فهو يحتاج لشيء من المساعدة حتى يتمكن من الحركة؛ كما يوجد لدى كثير من الأطفال فهم غريزي لكيفية مد يد المساعدة بل ويحرصون على تقديمها. وبناءً على ذلك تقل العقبات التي يمكن أن تواجهها عملية إدماج الطفل في اللعب؛ فالأطفال يمكنهم في الحقيقة تكييف اللعبة بالصورة التي تمكن أطفال الإعاقة الحركية من المشاركة في اللعب بفاعلية.

مثال: يقول "بيتر" عمره سبع سنوات:

نحن نلعب لعبة "ملوك وملكات" لأن جاك "معاق حركيًا" عنده عرش حقيقي؛ فهو الملك ويأمرنا بما يجب أن نفعل؛ وهو يصدر أوامره لنا نحن فرسانه ثم نعود لنخبره ما إذا كنا قد فزنا بالمعركة أم لا. وتلعب هيلين دور أحد الرعايا حيث تبقى بجوار الملك لترى ما يحتاج من طعام وغيره.

وقد أقمنا في أحد المرات موكبًا كبيرًا حيث اختبأنا خلف كرسي جاك ثم قفزنا من الملاءة التي غطيناه بها. كما نتبادل الأدوار في دفع كرسي جاك إلى قاعة العشاء ثم نصطف في طابور. كما ساعد المعلمون في تسهيل دمج جاك في ألعاب الأطفال بتقديم ألعاب بالبالونات؛ إذ يحوز جاك من القوة ما يمكنه من دفع البالونة وهو جالس في كرسيه؛ كما يمكنه ضرب البالونة بالمضرب في الهواء؛ لأنه كلما كان الإيقاع أبطأ أمكنه المناورة بكرسيه لاستعادة البالونة مرة أخرى.

وترتب على ذلك أن جاك أصبح يشارك زملاءه في اللعب وبصورة فعالة أيضًا.

وعندما بدأ الأطفال في لعب الكرة بعد ذلك أصبح جاك حكم المباراة.

ولكن ماذا عن الأطفال الذين يجدون الكرسي المتحرك شيئًا غريبًا ويرفضون مجرد الاقتراب منه؟

لقد جعلت إحدى المعلمات من الكرسي المتحرك "كرسيًا مسحورًا"، وطلبت مــن كل تلميذ أن يجلس عليه للحظات ويخبر زملاءه بأخباره (بينمــا جلــس صــاحب الكرسي على مقعد كبير ليقوم بدور التعويذة السحرية) وقد أحب الأطفال اللعبة، كما ساعد ذلك على إزالة رهبتهم من الكرسي حتى إن بعضهم رفض القيام من عليــه. كما كانت المعلمة تغطيه أحيانًا بقماش ذهبي وتحكي لهم قصصًا عن رحلات لبلدان بعيدة (أصبح مثل: البساط السحري) وتستخدم الأناشيد لإثارة خيال الأطفال.

وإليك النشيد التي كانت تغنيه المعلمة مكتوبًا باللغة الإنجليزية:

Flying away, Flying away
Please tell us,
Where shall we go to day?
Over the rainbow and into the sky,
Flying, Flying ever so hirh?
Look down in the icebergs and shiver with cold
Look down to the sea and the sand, brightly gold,
Look down to the houses and people so small,
We're Flying, we'r Flying
Up over them all!
We have achair and it's magic you see, and Takes us where ever we'd like to be, so sometimes we travel all night and all day, But then we land safely, all ready to play!

والخلاصـــة:

إن شخصية الطفل وكذلك القدرات إلا بداعية له ولهيئة التدريس تمكنــت مــن تحويل الكرسي المتحرك لإضافة مفيدة.

كيفية مساعدة الطفل المعاق حركيًا من خلال اللعب:

اللعب في الفضاء الطلق على لعب ضخمة:

تعد بيئة اللعب في الفضاء الطلق على لعب ضخمة من أفضل البيئات التي يمكن من خلالها مراقبة حالة الطفل وتقييمها؛ حيث يشعر الطفل بالأمان ولا يوجــد مــا يخشاه؛ وعلى أن يتم جعل مسافات كافية بين اللعب بعــضها الــبعض بمعنــى ألا تتقاطع مدارج الألعاب، وألا يُتعجل حتى يتمكن الطفل من الاختيار بحرية؛ حيث إن كل طفل يدرك ما هو قادر على أدائه.

ويجب ملاحظة أن بعض الأطفال الذين يعانون من صعوبات فـي الحركـة لا يمكنهم تحديد جوانب القوة والضعف لديهم، لذا فلا بد من ملاحظتهم عـن قـرب وبحرص؛ ومن الأفضل ألا يكون هناك عدد كبير من الأطفال عند اللعب في وقت واحد لتسهيل مهمة الملاحظة.

اللعب داخل المنزل باللعب الكبيرة والصغيرة:

إذا كان الجو عاصفًا أولا تتوافر منطقة آمنة للعب في الخـارج فـإن اللعـب الموجود بالمنزل يمكن أن تفي بالغرض. وتفيد لعبة النحلة الدوارة الطفـل الـذي يعاني من صعوبات في الحركة لأن إدراكه لمنطقة الظهر عادة ما يكون ضـعيفًا. وتعود عملية تدوير الطفل على الإحساس بكل جزء من ظهره.

كما يُعد تقدير المسافات (مثل: كم خطوة يجب أن تخطوها كي تتخطـى النهـر "الحبل") لعبة مفيدة لأن حساب الخطوات وعدّها يعطي مردودًا فوريًا للطفل. كمـا يمثل: السير على كعب إحدى القدمين ولأطراف أصابع الأخرى تحديًا صـعبًا فـي مجال الاتزان بالإضافة لكونه وسيلة مناسبة لملاحظة الأفعال الانعكاسية "جـودارد ١٩٩٦م".

ورغم أن ألعاب التسلق تأخذ حيزًا كبيرًا من المكان في المنزل إلا أنها يمكن أن تصلح كقلعة يلعب عندها الطفل أو حتى كركن خاص بالطفل يستطيع أن يجد عنده الراحة والهدوء إذا تم تغطيتها وتعديلها لذلك. ويساعد هذا الكثير من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة المختلفة على الهدوء مرة أخرى.

وكذلك تساعد الكثير من النشاطات الخاصة بالسنوات الأولى من عمر الطفل في الحضانة أو المدرسة على تنمية المهارات الحركية الدقيقة لدى الطفل. ولكن الكثير من الناس ينسون أن التوازن الجيد يفيد أيضًا في تنمية المهارات الحركية الدقيقـة؛ فالنشاطات المرحة مثل: محاولة إبقاء طبق من البلاستيك في وضع الجسم اللازمة للمحافظة على الاتزان وأحيانًا تساعد الأناشيد على إضفاء معنى على اللعب وتدفع الطفل نحو المزيد من المحاولة حين يكاد الإحباط أن يسيطر عليه.

الفصل الرابع

الإعاقة الحسية والبصرية

١- ماهية الإعاقة البصرية.
٢- أسباب الإعاقة البصرية.
٣- الوقاية من الإعاقة البصرية.
٤- شخصية المعاق بصريًا.
٥- خصائص الأفراد ذوي الإعاقة البصرية.
٦- التعامل مع الكفيف (المعاق بصريًا).
٧- الأسرة والطفل الكفيف.
٨- مهارات التواصل لدى الكفيف.
٩- القدرات الخاصة بالكفيف (المعاق بصريًا).
١٠- تدريبات للمعاقين بصريًا.
١١- الرعاية النفسية والاجتماعية للمعاقين بصريًا.



الإعاقة الحسية والبصرية

ثالثًا: الإعاقة البصرية:

١- ماهية الإعاقة البصرية:

هي إحدى مشاكل الصحة العامة على المستوى الدولي؛ حيث يقدر معدل انتشار العمى بحوالي ٧,١% على مستوى العالم حتى سنة ٢٠٠٠م.

وحالات الإعاقة البصرية وصلت إلى ١٨٠ مليون حالة إعاقة، فيما تقدر حالات العمى الكلي من ٤٠ إلى ٤٥ مليون حالة على مستوى العالم. لقد بدأ الاهتمام بالمعاقين بصريًا في أواخر القرن التاسع عشر؛ ففي سنة ١٨٨٠م تم وضع طريقة برايل باللغة العربية بواسطة السيدة البريطانية ميري ليفل بمساعدة أحد الأساتذة اللبنانيين، وفي سنة ١٨٩٥ م تم تأسيس أول منزل للكفيفات في مدينة القدس العربية.

ويشير كوفان إلى أن الشخص الكفيف قانونيًا؛ هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة بصره عن ٢٠/٢٠٠ قدم في أحسن العينين. وحتى باستعمال النظارة الطبية أو أولئك الأشخاص الذين لديهم ضيق في مدى الرؤية في المجال البصري لا تزيد على ٢٠. والخطأ الشائع بين الناس أن الكفيف نظامًا هو الذي لا يرى على الإطلاق، والصحيح أن نسبة ضئيلة من المكفوفين نظامًا لا يرون شيئًا، وليس لهم القدرة على الإبصار؛ حيث إن لدى معظمهم درجات.

وبالرجوع لتاريخ تربية الطفل الكفيف بمصر تجد المكفوفين أكثر حظًا من غيرهم في بلاد أخرى.

فعندما زار "هيرودوت" مصر وجد فيها إخصائيين في علاج أمراض العيون. ويعد هذا التقدم العلمي نادرًا قياسًا بكثير من البلدان الأخرى في الفترة الزمنية نفسها.

وبدأت المحاولات الأولى لرعاية الطفل الكفيف في مصر سنة ١٩٩٠م؛ حيث تعهدت بعض الجمعيات الأهلية والخيرية برعايتهم والإشراف عليهم وحمايتهم من مخاطر المجتمع.

وقد أُنشئ أول معهد للمكفوفين سنة ١٩٣٤ م وهو معهد النور بالزيتون، ثم بدأ التوسع بافتتاح معاهد أخرى في جميع أنحاء الجمهورية.

وتلعب البيئة التي يعيش فيها الكفيف دورًا في نمو شعوره بإعاقته، وهو دور يتراوح بين المواقف التي تغلب عليها سمات المساعدة والمعاونة المشوبتين بالإشفاق؛ وبين المواقف التي يغلب عليها سمات الإهمال وعدم القبول. وتقع بين هذين الطرفين المتطرفين المواقف المعتدلة عليها سمات المساعدة والموضوعية التي تهتم بتنظيم شخصية المعاق لتنمو في اتجاهات استقلالية سليمة.

وتترتب على تلك المواقف الاجتماعية المختلفة إزاء الكفيف ردود أفعال تصدر عنه وتوصف بأنها ملائمة أو غير ملائمة، ومن خلال ردود أفعاله يكون الكفيف متكيفًا مع البيئة أو غير متكيف.

مفهوم الإعاقة البصرية:

تعددت مفاهيم الإعاقة البصرية وتنوعت من حيث زوايا تناولها. وظهرت عدة مفاهيم يمكن عرضها على النحو التالي:

المفهوم القانوني للإعاقة البصرية:

كما ذكرنا سابقًا أن المعاق بصريًّا قانونيًّا هو من يصل حد إبصاره إلى (٢٠/٢٠٠) أو أقل في العين الأقوى بعد التصحيح المناسب؛ أو يكون مجال الرؤية محدودًا بحيث يكون أوسع قطر لمجال الرؤية يمتد إلى مسافة لا تزيد على (٢٠) درجة. وهكذا يتحدد المفهوم السابق في إطار مفهومين هما:

حدة الإبصار Visual Acuity وتعني مقدرة المرء على رؤية الأشياء، وتمييز خصائصها وتفاصيلها؛ ومجال الرؤية Field of Vision وهو المحيط الذي يمكن للإنسان الإبصار في حدوده دون أن تُغير من اتجاه رؤيته أو تحديقه. كما يتبين من

التعريف أن الشخص الفاقد للبصر هو من يرى على مسافة ٢٠ قدما (ستة أمتار) ما يراه المبصر على مسافة ٢٠٠ قدم (أي ستون مترًا).

وترى سامية القطان أن الشخص الكفيف هو الذي لا تتعدى درجة إبصاره (٣/٦٠) في أحسن العينين بعد استعمال العدسات المصححة.

بينما يذكر محمد أيوب (١٩٨٨) أن الكفيف هو من ينطبق عليه إحدى الصفتين الآتيتين: إما أن تكون قوة إبصاره المصححة (٦/٦٠) أو أقل في أحسن العينين؛ وأما أن يكون مجال بصره (٢٠ درجة) في أحسن العينين.

المفهوم الطبي للإعاقة البصرية:

يُعرف فاقد البصر من وجهة النظر الطبية بأنه:

ذلك الفرد الذي يفقد الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهو العين، وهذا الجهاز يعجز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلل طارئ؛ كالإصابة في الحوادث، أو خلل خلقي يولد معه.

وفي هذا الإطار فإن الإعاقة البصرية تُعرف بأنها:

ضعف الوظائف الخمس وهي:

البصر المركزي – أو البصر المحيطي، أو التكيف البصري، أو البصر الثنائي، أو رؤية الألوان؛ وذلك نتيجة تشوه تشريحي أو إصابة بمرض أو جروح في العين.

ويميز لطفي بركات (١٩٧٨) في ظل المفهوم الطبي بين حالتين من كف البصر؛ إحداهما العمى الكلي أو الفقدان الكلي للإبصار أي "الحرمان الوظيفي للعين".

والحالة الأخرى هي وجود حساسية ضعيفة للضوء أي القدرة على التمييز بين مصادر الضوء المختلفة؛ وهذه القدرة على التمييز بين مصادر الضوء لها قيمتها الحيوية في حياة هذا الشخص، ولكنها لا تساعده على الرؤية الحقيقية كما تقدر درجة الإبصار الباقية لأصحاب الحالة الأخيرة ما بين صفر و٦/٦٠ وبهذا يعتبرون في حكم الكفيف عمليًا.

المفهوم التربوي للإعاقة البصرية:

طبقًا لهذا المفهوم يرى كيرشو Kershow, J (١٩٧٣) أن الفرد الكفيف هو الذي لا يستطيع الاستعانة ببصره في المواقف التعليمية؛ على الرغم من قدرته على تمييز الضوء والظلام. ويُعرف الكفيف أيضًا من وجهة النظر التربوية بأنه الفرد الذي تصل إعاقته البصرية إلى الدرجة التي لا يستطيع عندها القراءة إلا بطريقة برايل.

المفهوم الاجتماعي للإعاقة البصرية:

طبقا لهذا المفهوم يُنظر إلى الفرد الكفيف على أساس قدرته البصرية الضعيفة أو المعدومة؛ واحتياجه إلى المساعدة الأدبية والمادية من المجتمع. وتعطى هذه المساعدة لمن يقل بصره عن (٦/٦٠) وهذه المساعدة لا ترتبط فحسب بحدة الإبصار، ولكن أيضًا بالأخذ في الاعتبار اتساع مجال البصر أو ضيقه؛ الذي على أساسه تتحدد الحاجة إلى المساعدة.

ونختتم هذه التعريفات بالتعريف الوارد في اللائحة التنظيمية ١٩٩٠م: الأطفال ذوي الإعاقة البصرية الذين تقل حدة أبصارهم عن (٦/٦٠) بالعينين معًا أو بالعين الأقوى، وذلك بعد العلاج والتصحيح بالنظارة الطبية.

٢ـ أسباب الإعاقة البصرية:

(١) العوامل الوراثية:

ترجع بعض الإعاقات البصرية إلى عوامل وراثية، سواء من جهة الأم أو من جهة الأب أو من الاثنين معًا؛ والتي تتراوح في درجتها من كف البصر الكلي إلى كف البصر الجزئي. وبالإضافة إلى كف البصر الكلي الذي ينتج عن العوامل الوراثية، يوجد أيضًا الضمور الشبكي، والأخطاء الانكسارية المتمثلة في قصر النظر وطول النظر، وعدم وضوح الرؤية، وتصل نسبة كف البصر التي ترجع إلى عوامل وراثية إلى ٦٤%.

(٢) الأمـراض المعـدية:

وتتمثل هذه الأمراض فيما يلي:

(أ) الرمـد الصـديدي:

ينتج عن ميكروب الدفتريا الذي ينتقل إلى عين الإنسان عن طريق الـذباب أو عن طريق العدوى؛ خاصة عند استعمال شخص سليم لمناشف الوجه التي يستعملها شخص مصاب. ويؤدي إهمال علاج الرمد الصديدي في مراحـل المبكـرة إلـى مضاعفات، تبرز في شكل تقرحات في القرنية ينتج عنها سحابة بالعين وبقعة فـي القرنية تفقدها شفافيتها، وتقف حائلاً أمام نفاذ الضوء إلى داخل العين، مما يـؤدي إلى فقدان الإبصار. ويمكن علاج بقعة القرنية الناتجة عن الرمد الصديدي بعمليـة ترقيع جراحية.

(ب) الرمد الحبيبي:

ينتج عن تليف نسيج الجفون وتغير وضع الجفون، وبالتالي تغير اتجاه الرموش فتصبح نحو الداخل مما يؤدي إلى احتكاكها بالقرنية ويتسبب خدشها. وعادة يبـدأ الرمد بدموع وإحساس بوجود حبات من الرمال في العين. وإذا لم يعالج هذا الرمد في مراحله الأولى فإنه يؤدي إلى انتشار سحابة أو إعتام في قرنية العين تؤثر على قوة إبصار المريض، وإذا أهمل العلاج فإنه يؤدي إلى فقدان البصر كليـة. ويـتم علاج الإعتام أو السحابة التي تتكون على القرنية بالترقيع عـن طريـق عمليـة جراحية.

(ج) الهربس:

هو أحد الأمراض المعدية الناتجة عن بعض الفيروسات. ومن أهم أعراض هذا المرض ظهور فقاعات مائية على جلد المصاب، إضافة إلى قروح فـي القرنيـة تتسبب في إعتام في العين وضعف في الإبصار. ويمكن علاج مرض الهربس في مراحله الأولى عن طريق المواد المطهرة وبعض المراهم الخاصة؛ أما إذا أهمـل العلاج المبكر واشتدت الحالة فإن الأمر يحتاج إلى التدخل الجراحي.

(٢) الأمراض غير المعدية:

وتتمثل هذه الأمراض فيما يلي:

(أ) التهاب العصب البصري:

ينتج عن بعض الأورام أو الإصابات التي تصيب العظام المحيطة بالعصب البصري، أو ينتج عن بعض الأورام أو الإصابات التي تصيب المخ فتؤدي إلى ضمور في العصب البصري؛ مما يؤدي إلى فقدان الاتصال بين العين والمخ، فتبدو العين سليمة معافاة ولكنها لا تستطيع أن تنقل ما تراه إلى مراكز الإدراك البصري في المخ؛ لإصابة العصب المسؤول أو تعطله عن عملية نقل المثيرات البصرية للمخ، وبالتالي فإن إصابة العصب يمكن أن تؤدى إلى فقدان البصر الكلي إذا لم يعالج مبكرًا.

(ب) الكتاركت (الماء الأبيض):

وهو عبارة عن مرض يصيب العدسة البلورية فيؤدي إلى إعتامها، مما يعمل على منع دخول الأشعة الضوئية إلى الشبكية. وإذا لم يُعالج الكتاركت في بداية تطوره فإن المريض يفقد الإبصار بالتدرج. ويتم العلاج عادة بعملية جراحية يتم خلالها إزالة المياه البيضاء من عدسة العين بإزالة العدسة المعتمة واستبدال عدسة صناعية بديلة ثابتة أو متحركة بها.

(ج) المهاق:

وهو إحدى الإعاقات البصرية الولادية التي تتمثل في صبغيات البشرة والشعر والجفون وقزحية العين؛ فيميل لون المصاب بهذه الحالة إلى البياض الناصع. ويصاحب هذه الحالة حساسية شديدة للضوء؛ حيث تنعدم رؤية المصاب للأشياء في وجود الأضواء؛ كما يصاحب هذه الحالة أيضًا أخطاء انكسارية وانخفاض في حدة الإبصار وتذبذب سريع للمقلتين.

(٤) الحـوادث والإصــابـات:

إن حوادث المهنة وإصاباتها تؤثر على الإبصار، وخاصة عند تعرض العينـــين لجرح من جسم غريب، أو الإصابات بالميكروبات وإحداث قرحة بالعين والشظايا وحالات التسمم بالرصاص. ويدخل أيضًا في مفهوم الإصـــابات الأخطـــاء التـــي تصاحب بعض العمليات الجراحية للعين مثل: عملية ترقيـــع القرنيـــة واســـتبدال العدسات. كما أن تعرض الرأس للصدمات الشديدة قد يؤدي إلى انفصال في الشبكة أو تلف في العصب البصري وأيضًا تعرض الأطفال غير مكتملي النمـــو لكميـــات عالية من الأكسيجين في الحضانات مما يؤدي إلى تليف الشبكية.

كما تنقسم أسـباب الإعاقة البصرية إلى ثلاثة أسـباب رئيسية هي:

(أ) أسباب ما قبل الولادة:

وهي عوامل وراثية كإصابة الأم الحامل ببعض الأمراض المعدية مثل: الحصبة الألمانية، والسفلس.

(ب) أسباب أثناء عملية الولادة:

وهى نقص الأكسيجين والولادة المتعسرة.

(ج) أسباب ما بعد الولادة:

وهى زيادة نسبة الأكسيجين المعطى للطفل والإصابات الناتجة عن الحوادث.

ويمكن إجمال أسباب الإعاقة البصرية في النقاط التالية:

١- سوء تغذية الأم.
٢- تعرض الأم للحميراء.
٣- سوء التغذية وقلة الفيتامينات أثناء الطفولة.
٤- جفاف الملتحمة.
٥- التراخوما.
٦- داء المذنبات الملتحية.
٧- الجذام.

٢- الوقاية من الإعاقة البصرية:

هناك عدة إجراءات وقائية عامة يجب أن تتبع للحد من الإصابة بالإعاقة البصرية؛ ومن أهم هذه الإجراءات ما يلي:

١- الكشف الطبي على راغبي الزواج من الأقارب خاصة.

٢- توعية العامة عن طريق الوسائل المختلفة بالإجراءات الوقائية اللازمة لتحاشي إصابات العين وانتقال العدوى، وبمسببات الإعاقة البصرية وأعراضها، وأهمية ملاحظة الدلائل والمؤشرات المبدئية على وجودها، والتبكير في اتخاذ الإجراءات الطبية لعلاجها والسيطرة على آثارها.

٣- تهيئة الرعاية الصحية المناسبة للأم أثناء فترة الحمل وعملية الولادة.

٤- تعميم التطعيمات والتحصينات الوقائية من الإعاقة البصرية في مواعيدها المحددة.

٥- حث الوالدين على الاهتمام بالتشخيص والعلاج المبكرين للإعاقة البصرية وأمراض العيون قبل استفحال آثارها.

٦- تأمين الخدمات الصحية اللازمة لتلاميذ المدارس؛ والكشف الطبي الدوري عن طريق مراكز رعاية الطفولة والأمومة والمراكز الصحية. والصحة المدرسية والتأمين الصحي؛ وذلك لاكتشاف المشكلات والإعاقات البصرية مبكرًا.

٧- توفير النظارات والعدسات اللاصقة المناسبة للحالات المختلفة من الفقدان البصري.

٨- التوعية الإعلامية بكيفية تحسين الظروف التي يمكن أن تعمل فيها العين بأفضل أداء ممكن دون إصابتها بمزيد من الأضرار، وبالقيود والاحتياجات التي يجب وضعها في الاعتبار قبل تكليف الطفل المعاق بصريًا بأي نوع من أنواع النشاط في المنزل والمدرسة.

٩- تقدير الآثار المترتبة على الإعاقة البصرية بالنسبة للحركة والتنقل؛ والتوافق الشخصي والاجتماعي والتعليم والتدريب ووضعها في الاعتبار عند تصنيف الحالات وتخطيط الخدمات التعليمية والإرشادية اللازمة لهم.

١٠- التبكير في تدريب الطفل المعاق بصريًا على اكتساب مهارات التوجه والحركة والانتقال بشكل مستقل، وباستخدام المعينات الحركية كالعصا البيضاء؛ بما يحقق مزيدًا من التكيف مع حالته، ويقلل من اعتماده على الآخرين.

١١- التوسع في إلحاق الأطفال المعاقين بصريًا بدور الحضانة ورياض الأطفال؛ لإكسابهم المهارات الأساسية والتعويضية اللازمة لنموهم.

١٢- اتخاذ الوسائل الوقائية الملائمة للحد من إصابات العيون من المصانع والورش التي تستخدم فيها بعض المواد الكيميائية والنظائر المشعة وغيرها مما يشكل أضرارًا أو خطورة على العين.

١٣- التغذية الصحيحة للأطفال وتناول كميات كافية من الفيتامينات وخاصة فيتامين (أ) ومكافحة الطفيليات والأمراض التي تسبب العمى.

د. شخصية المعاق بصريًا:

نستطيع أن نوافق على أن العميان يشكلون طائفة تنطبق على أعضائها صفات مشتركة، بحيث يمكن إطلاق تعميمات عليهم تضمهم جميعًا في إطار دون تفرقة. إلا أنهم جميعًا فاقدون البصر مما يترتب على هذا الحرمان بعض السمات التي تميز بعض المعاقين بصريًا باتجاهات معينة تتمثل فيما يلي:

١- فقد الصور البصرية ومحدودية الإدراك الحسي بحدود الحواس السليمة الباقية؛ وشعور الكفيف بهذا النقص بمقارنة نفسه بالمبصرين الذين يكونون التصورات الاجتماعية والفنية والأخلاقية والسياسية والدينية.

٢- طموح الكفيف نحو تعويض النقص بالبروز في مجال يخيل إليه أنه سيحقق أمله؛ ولكنه قد لا ينجح فيصاب بالإحباط ويتهم المجتمع بمحاربته فينزوي على نفسه أو يعادي المجتمع.

٣- قصور حركة الكفيف مما يحد من حريته ويجعله محتاجًا إلى مساعدة المبصرين والخضوع لإرادتهم بحكم ظروفهم، وتقييد رغبة الكفيف في الانطلاق نحو آفاق يحس أنه جدير بها دون بعض المبصرين.

٤- ضيق الكفيف بشعور مجتمع المبصرين نحو عجزه واعتباره أنه بحاجة إلى المساعدة في أتفه الأمور؛ مع أنه يميل إلى أن يعتمد على نفسه ويقتنع بقدراته.

٥- رغبة الكفيف في أن يعلن للمبصرين أنه يتفهم طريقتهم في الكلام والتعبير والفهم؛ وأنه يستطيع أن يجاريهم في نشاطاتهم وتصوراتهم.

٦- يرى الكفيف أن من حقه أن يناقش ويجادل؛ بل وأن يفرض رأيه على المبصرين لأن عاهته لا تقلل من قدرته العقلية أو منطقه.

٧- قد يميل الكفيف وخاصة إذا كان عدوانيًا إلى السخرية والتقليل من شأن الآخرين، ومهاجمة خصومه بعنف من أجل إثبات ذاته وتفوقه على الآخرين.

٨- نظرًا لأن الكفيف لا يرى تأثير كلامه فيمن يحدثهم فإنه يلجأ إلى تكرار كلماته وتوضيح عباراته والضغط على بعض الحروف لتأكيد المعنى.

٩- يركز الكفيف انتباهه إلى صوت المتحدث فيكشف بصمة الصوت؛ ويفرح عندما يرى المبصر أنه عرف شخصيته من صوته ولذلك تتكون لدى الكفيف ذاكرة سمعية علاوة على الذاكرة اللمسية من مصافحته للآخرين وإحساسه بحرارة أيديهم وطريقة وضعها في يده.

١٠- إذا اجتمع الكفيف بالمكفوفين فإنه يكون لين الجانب عطوفًا ميالاً إلى أن يقدم لهم خبرته ونصائحه ويساعدهم على حل مشكلاتهم.

١١- إذا اجتمع الكفيف بالمبصرين يحاول أن ينسجم وألا يشعر بالاختلاف عنهم، إلا إذا شعر بمعارضتهم له فإنه يعتبر ذلك ماسًا بكرامته وكبريائه وقد يثور عليهم.

١٢- يميل الكفيف إلى أن يتناول طعامه وحده ويفضل الأغذية الجامدة على السائلة؛ ويكره أن يدعى إلى حفلة فيها مائدة للطعام.

٥- خصائص الأفراد ذوي الإعاقة البصرية:

نظرًا للاختلافات في درجات الإعاقة البصرية وفي أنواعها ومسبباتها، وفي الظروف البيئية المحيطة بالفرد ذي الإعاقة البصرية مثل: الاتجاهات الأسرية

والاجتماعية وطبيعة الخدمات التربوية والتأهيلية والنفسية التي تقدم لهذه الفئة؛ فإن من الصعب أن نحدد خصائص معينة يمكن أن يندرج تحتها جميع الأفراد ذوي الإعاقة البصرية بفئاتهم ودرجاتهم المختلفة. إلا أن العديد من الدراسات التي تناولت هذه الفئة ألقت الضوء على بعض هذه الخصائص نظرًا لبروزها وارتباطها بالجانب التربوي والتأهيلي لهذه الفئة ويمكن حصر هذه الخصائص فيما يلي:

أ- الخصائص الأكاديمية:

لا تقتصر الخصائص الأكاديمية على درجة وطبيعة استعداد الأفراد ذوي الإعاقة البصرية للنجاح في الموضوعات الدراسية فقط، بل تتعداها إلى كل ما هو مرتبط بالعمل المدرسي مثل: درجة المشاركة في الأنشطة المدرسية، وطبيعة التفاعل مع المعلمين والزملاء.

ولكن هناك عوامل تؤثر مُجتمعة أو منفردة على طبيعة الخصائص الأكاديمية للأفراد ذوي الإعاقة البصرية مثل: درجة الذكاء زمن الإصابة بالإعاقة، ودرجة الإعاقة (كف بصر كلي أو جزئي) وطبيعة الاتجاهات الاجتماعية (سالبة/موجبة) وطبيعة الخدمات الاجتماعية والتعليمية والنفسية والصحية التي تقدم لهؤلاء الأفراد. فهذه العوامل بدورها تؤثر على كل من طبيعة مفهوم الأفراد ذوي الإعاقة البصرية عن ذواتهم، وكذلك درجة تقبلهم لإعاقتهم، أيضًا على درجة نجاحهم الأكاديمي.

ب- الخصائص العقلية:

تتضح هذه الخصائص في الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- هل تؤثر الإعاقة البصرية على قدرات الفرد العقلية؟
- وهل يختلف أداء الأفراد ذوي الإعاقة البصرية في اختبارات الذكاء عن أداء الأفراد العاديين؟

وتكون الإجابة عن تلك التساؤلات متمثلة في طبيعة الفقرات المتضمنة في اختبار الذكاء.

فعلى سبيل المثال: قد لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قدرات الفرد العادي والفرد ذي الإعاقة البصرية على اختبار ستانفورد بينيه أو الجانب اللفظي من مقياس وكسلر، ولكن قد توجد فروق بين قدرات الفرد العادي والفرد ذي الإعاقة البصرية على اختبارات الذكاء ذات الفقرات الأدائية.

ولقد قدم عدنان سبيعي (١٩٨٢) ما أقره لونفيلد Lowwnfeld (١٩٧٤) بوجود قصور في القدرات العقلية والمعرفية لدى ذوي الإعاقة البصرية. ولكنه أضاف أن هذا القصور كان واضحًا في الماضي إلى حد كبير، أما الآن فإن هذا القصور في القدرات العقلية والمعرفية آخذ في التناقص، وأن هناك تطورًا كبيرًا في نمو ذكاء الأفراد ذوي الإعاقة البصرية.

ويؤكد بعض الباحثين ذلك؛ حيث إنهم يعتقدون أن الفرد ذا الإعاقة البصرية على قدم المساواة مع زميله المبصر، وأن في إمكانه أن يصل في طريق الثقافة العقلية إلى أقصى ما يستطيعه مبصر له القدرات نفسها.

جـ- الخصائص المرتبطة باللغة والكلام:

تشير الدراسات التي أجريت في هذا الصدد إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة بين طريقة اكتساب الفرد ذو الإعاقة البصرية والفرد العادي للغة المنطوقة؛ إذ يسمع كل منهما اللغة المنطوقة. في حين توجد فروق ذات دلالة بين كل منهما في طريقة كتابة اللغة؛ إذ يكتب الفرد العادي اللغة بالحروف الهجائية المعروفة في حين يكتبها الفرد ذو الإعاقة البصرية بطريقة برايل. ومن الظواهر التي تسترعي الانتباه عند الحديث عن الخصائص اللغوية لذوي الإعاقة البصرية؛ ظاهرة اللفظية (verbalism) والتي تعني المبالغة والإفراط في وصف خبرة ما، وقد تُعبر مثل تلك الظاهرة عن رغبة الفرد ذي الإعاقة البصرية في إشعار الآخرين بمعرفته بتلك الخبرة.

ويذكر فتحي عبد الرحيم (١٩٨٨) أن الطفل الفاقد لبصره تمامًا منذ الميلاد لا يستفيد حين يتعلم الكلام من عملية التقليد التي تلعب دورًا أساسيًا في نمو الكلام لدى

الطفل العادي، ويترتب على ذلك بطء الطفل فاقد البصر للكلام بمقارنته بالطفل المبصر. ولا يتوقف تأثير الإعاقة البصرية عند حد التأثير على معدل نمو الكلام، بل يمتد أيضًا ليشمل اكتساب معاني الألفاظ وتكوين المفاهيم؛ حيث تبين أن الطفل الكفيف يعاني من اللاواقعية اللفظية، إذ يتعلم إطلاق مسميات على الأشياء دون أن تكون لديه خبرة حقيقية بهذه الأشياء.

وقد أوضح (كمال سالم ١٩٨٨) أهم أنواع اضطرابات اللغة والكلام التي يُعاني منها بعض الأفراد ذوي الإعاقة البصرية، والتي أجمعت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا الميدان كالتالي:

الاستبدال:

وهو استبدال صوت بصوت كاستبدال حرف السين بحرف الشين.

التحريف:

وهو استبدال أكثر من حرف في الكلمة بأحرف أخرى تؤدي إلى تغير المعنى وبالتالي عدم الفهم لما يراد قوله.

العلو:

ويتمثل في ارتفاع الصوت الذي قد لا يتوافق مع طبيعة الحدث الذي يتكلم عنه.

اللفظية:

وهي الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى؛ وينتج هذا عن القصور في الاستخدام الدقيق للكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع ما أو فكرة معينة، فيعمد إلى سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ لعله يستطيع أن يوصل أو يوضح ما يريد قوله.

- القصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.

- عدم التغيير في طبقة الصوت بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة.
- القصور في التعبير، وينتج عن القصور في الإدراك البصري لبعض المفاهيم أو العلاقات أو الأحداث، وما يرتبط بها من قصور في استدعاء الدلالات اللفظية التي تعبر عنها.

د- الخصائص الحركية:

عندما يرغب الفرد ذو الإعاقة البصرية في الانتقال من مكان لآخر؛ فإنه يستعين بكل حواسه؛ فبواسطة حاسة الشم يمكنه تمييز الروائح المختلفة التي يمر بها. ويتحسس الأرض بقدميه أثناء سيره ليعرف مواطن قدميه، وقد يستخدم عصًا تساعده في انتقاله ليتحسس بها ما أمامه. وبواسطة حاسة السمع يستطيع تمييز الأصوات، ويستخدم التقدير الزمني لقياس المسافات؛ ومعنى هذا أن الفرد المعاق بصريًا كليًا يبذل طاقة وجهدًا كبيرًا أثناء انتقاله تفوق بكثير ما يبذله الفرد المبصر، مما يؤدي إلى أن يكون أكثر تعرضًا للإجهاد العصبي والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل التي ربما تؤثر على صحته النفسية، كما أن الدافع أن إلى تغيير الأماكن يختلف لدى الشخص المبصر عنه بالنسبة للأفراد ذوي الإعاقة البصرية فأحيانًا الحاجة إلى تغيير المناظر يمكن أن تكفي كحافز للشخص المبصر تدفعه إلى أن ينهض ويذهب إلى مكان آخر، ولكن بالنسبة للكفيف فإن الأمر مختلف تمامًا؛ لأن ما يتعرض له من مصاعب أثناء سيره تجعله يفكر أكثر من مرة قبل أن يتحرك من مكانه. وبالتالي تختلف الدوافع من حيث قوتها بين المبصرين وذوي الإعاقة البصرية، وبالتالي فإن القدرة على التحرك بحرية تمثل واحدًا من أعظم أنواع فقدان الواقع التي ترتبت على فقدان البصر. ومن الطبيعي أن تزداد مشكلات الكفيف في القصور الحركي كلما اتسع نطاق بيئته أو كلما ازداد تعقيدًا؛ لأن هذا سيفرض عليه التفاعل مع مكونات وعناصر متداخلة، وقد يصعب عليها إدراكها في غياب حاسة البصر، مع العلم بأن مجتمع اليوم وما يكتنفه من تعقيدات وتغيرات سريعة يحتاج إلى الفرد الذي يستطيع أن يتابع هذا التغير بالأداء الحركي المناسب.

هـ- الخصائص الاجتماعية والانفعالية:

تتطور العلاقات بين الأفراد داخل المجتمع الواحد وتنمو للتفاعل الذي يقوم أساسًا على تبادل المنافع والخدمات المادية منها والمعنوية؛ وبقدر درجة هذا التفاعل بإيجابيته وسلبياته يتحدد نوع العلاقة بين الأفراد وطبيعتها؛ بين الفرد والجماعة.

ومن هذا التفاعل يخرج الفرد بخبرات سارة. وخبرات أخرى غير سارة، وقد تغلب الخبرات السارة في بعض الأحيان على الخبرات غير السارة وأحيانا يحدث العكس. ونتيجة لذلك تتكون لدى الفرد فكرته عن ذاته وعن الآخرين، كما تتشكل سماته الاجتماعية والانفعالية.

إذًا فالذي يحدد خصائص الفرد الاجتماعية والانفعالية هي طبيعة علاقاته مع الآخرين والتي تتحدد بدورها بدرجة تفاعله مع هؤلاء الآخرين وطبيعته.

إن الفرد العادي بقدراته الذاتية وبسلامة حواسه وقواه العقلية والبدنية بإمكانه أن يشارك بقدر ملائم من التفاعل في المواقف الاجتماعية؛ ولكن هل بإمكان المعاق الذي تفرض عليه طبيعة إعاقته بعض جوانب القصور في درجة ونوعية تفاعله مع الآخرين، والتي من الطبيعي أن تنعكس سلبيًا بدورها على الخصائص الاجتماعية والانفعالية أن يشارك بالدرجة نفسها من الفاعلية.

فالإعاقة البصرية قد تفرض على الفرد نوعًا معينًا من القصور الناتج عن الغياب أو النقص في حاسة الإبصار، والذي يؤدي بدوره إلى معاناة المعاق بصريًا من مشاكل متعددة مثل: المشاكل الحركية، والمشاكل الناتجة عن الحماية الزائدة، والاعتماد على الغير، والقصور في العلاقات الاجتماعية؛ مما يؤثر على خصائصه الاجتماعية والانفعالية.

فمن أبرز الخصائص الاجتماعية والانفعالية للمعاقين بصريًا هي:

أ- مفهوم الذات Self - Concept:

لقد أكدت النتائج التي توصل إليها ميجان Meighan (١٩٧١) مفهوم الذات عند المعاقين بصريًا؛ حيث أظهرت الدراسة التي أجراها ضعفًا في شخصية هؤلاء المراهقين المعاقين بصريًا، إضافة إلى اتجاهات سلبية نحو العمل، وانتشار القلق

والاكتئاب؛ فقد وجد أن هناك اختلافًا بين كل من المعاقين بصريًا والمبصرين في وجهة التحكم، حيث زيادة سيطرة وجهة التحكم الخارجي لدى المعاقين بصريًا في حين أن وجهة التحكم الداخلي هي المسيطرة لدى المبصرين. كما أكدت هذه الدراسات أيضًا على أنه لا يوجد اختلاف كبير بين المعاقين بصريًا والمبصرين في الجوانب الأخرى لمفهوم الذات.

٢ـ السلوك العصابي Neurotic Behaviour:

إن من أبرز مظاهر السلوك العصابي الذي قد يعانيه بعض الأفراد هو القلق، والعجز في العمل على مستوى القدرة الفعلية، وأشكال من السلوك جامدة ومتكررة والتمركز حول الذات، والحساسية الزائدة وعدم النضج والشكاوى الجسمية؛ والتعاسة، والدوافع اللاشعورية.

إن هذه الأمراض تنتشر بين المعاقين بصريًا بدرجة أكبر من انتشارها بين المبصرين؛ وتنتشر بين الإناث المعاقات بصريًا بدرجة أكبر من انتشارها بين الذكور (وارين ١٩٧٧).

٣ـ الخضوع (التبعية) Submissiveness:

لقد أكدت الدراسات التي أجراها وإمامورال Imamural ١٩٦٥ وويلسون Wilson (١٩٧٦) على مجموعات من المعاقين بصريًا مقارنة بمجموعات من المبصرين؛ فقد أكدت نتائج دراستهم أن المعاقين بصريًا أكثر تبعية واعتمادًا على الغير من المبصرين؛ وإن من أكثر مظاهر التبعية انتشارًا هو مظهر "طلب المساعدة من الآخرين".

تلخيصًا لنتائج الدراسات التي أجريت حول موضوع الانطواء والانبساط لدى المعاقين بصريًا يشتمل على النقاط الآتية:

- أن الإناث المعاقات بصريًا أكثر ميلاً للانطواء من الذكور، وأن ضعاف البصر من المعاقين بصريًا أكثر ميلاً للانطواء من المكفوفين كليًا.

- إن ذوي الإعاقة البصرية الطارئة أو المكتسبة أكثر ميلاً للانطواء من ذوي الإعاقة البصرية الولادية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الكفيف كليًا والمبصر على مقياس الانطواء والانبساط.

٤ـ الانطواء والانبساط Introversion – extroversion.

٥ـ التوافق الاجتماعي Sicial Adiustment:

القليل من الدراسات التي أجريت على المعاقين بصريًا أكدت عدم وجود فروق بين التوافق الاجتماعي للمعاقين بصريًا والمبصرين. وأن المعاقين بصريًا الذين يدرسون في المدارس العامة مع المبصرين يعتبرون أفضل توافقًا من أقرانهم الذين يدرسون في مدارس التربية الخاصة والمدارس الداخلية.

٦ـ العدوانية Aggression.

٧ـ الغضب Anger.

٨ـ التوافق الانفعالي Emotional Adisetment:

وجد بومان أن هناك فروقًا في التوافق الانفعالي لصالح المعاقين بصريًا في المدارس النهارية. أي أن درجة التوافق الانفعالي للمقيمين إقامة داخلية من المعاقين بصريًا أقل من درجة التوافق التي أحرزها أقرانهم في المدارس النهارية.

٦ـ التعامل مع الكفيف (المعاق بصريًّا):

لو قُدر لأي منا مقابلة شخص كفيف للمرة الأولى، أو التعامل معه حتمًا ستسأل نفسك:

كيف لي التصرف مع هذا الإنسان بطريقة صحيحة تجعلنا نشعر بالارتياح؟

وللإجابة عن ذلك نورد لك عزيزي القارئ هذه الإرشادات:

- الكفيف مثل أي شخص آخر لا يختلف عنك؛ لذا عامله بشكل طبيعي ودون انفعال.

- لا تظهر له العطف الزائد والشفقة؛ فأكثر ما يؤثر في نفسه كلمة مسكين؛ فهذه الكلمة تجعله يشعر وكأنه عاجز حقًا.
- عند التقائك بكفيف لا بد من تحيته ومصافحته عوضًا عن الابتسامة التي ترسمها على شفتيك لغيره.
- عندما تتحدث إلى الكفيف أخبره أنك تتحدث إليه؛ فهو لا يرى عينيك حتى يعرف أنك تتحدث إليه، لذا ناده باسمه حتى يعرف أن الحديث موجه إليه خاصة عندما يكون مع مجموعة، فإنك في حديثك تنتقل من شخص لآخر.
- عند التحدث إلى الكفيف لا تحاول رفع صوتك، بل اجعل حديثك إليه مثل السوي تمامًا لأن ارتفاع الصوت يؤذيه ويؤدي إلى مضايقته.
- لا تشعر بالإحراج من استخدام ألفاظ تتعلق بالنظر مثل انظر؛ إن رأيت؛ من وجهة نظرك...إلخ.

فهذه الكلمات لا تحرج الكفيف فهو يستخدمها في حديثه وإن كان لا يرى ولا تتجنب استخدامها، لأن ذلك سوف يحرجه.

- لا تشعر بالإحراج من التحدث عن كف البصر وعن إعاقته؛ فهذا لا يضايقه لأنه اعتاد عليها وإنما عليك اتباع الأسلوب المناسب.
- إذا قابلت كفيفاً ومعه مرافق مبصر يريد شيئًا فلا توجه الأسئلة وتخاطب المرافق المبصر بما يريده الكفيف وإنما خاطب الكفيف؛ فهو يستطيع التحدث عن نفسه والتعبير عما يريد.
- عند التحدث إلى الكفيف عليك أن تستدير وتنظر باتجاهه وإن كان لا يراك؛ فهو يشعر ويعرف إن كنت تتحدث إليه وأنت تنظر باتجاهه من خلال اتجاه صوتك؛ كما أنه من غير اللائق التحدث إلى شخص مبصر دون النظر إليه فإن ذلك ينطبق على الكفيف أيضًا.
- عند دخولك على كفيف دعه يشعر بوجودك؛ وذلك عن طريق إخراج بعض الأصوات؛ ولا تعتمد على أنه يعلم بوجودك فهو لا يراك وأنت تدخل.

- إن كنت قد انتهيت من حديثك وأردت الخروج من الغرفة مثلاً فعليك أن تُعلم الكفيف وتنبهه لذلك؛ فهو لا يراك وأنت تخرج، ومن المحــرج أن يتحــدث إليك وهو يظن أنك ما زلت في الغرفة ويكتشف بعد ذلك أنه يحدث نفسه.
- لا تقدم الكثير من المساعدات للكفيف وخاصة في الحالات التي يمكن القيــام والعمل بها بمفرده؛ فإن فعلت تجعله عاجزًا عن القيام بأبسط الأعمال، ومع مرور الزمن فإنه لا يستطيع الاعتماد على نفسه أبدا والاعتماد على الآخرين بشكل دائم.
- إذا قام الكفيف بأداء عمل بسيط معتمدًا على نفسه فلا تنظر إليه باســتغراب؛ وكأنه قام بمعجزة وتقول له: هل فعلت ذلك وحدك دون مــساعدة؟! فإنــك تعامله وكأنه طفل.
- إذا أردت إرشاد الكفيف إلى موضع شيء فلا تقل له: هناك، وإنما كن دقيقًا في الشرح؛ وقل مثلاً: إلى يمينك على بعد ثلاثة خطوات.. وهكذا.
- عند وجودك في مكان مع الكفيف اشرح له ما يوجد حوله حتى يكون لديــه فكرة عما يحيط به؛ تفاديًا لما قد يقع إذا تحرك دون أن يكون على علم مسبق بموقعها، كذلك فإن الأشياء المتعلقة والبارزة على مستوى رأسه قــد تكــون خطيرة عليه إذا لم يعلم بوجودها.
- لا تترك الأبواب نصف مفتوحة؛ فإن ذلك يعرض الكفيف لخطر الاصــطدام بها؛ فالأبواب إما مغلقة تمامًا أو مفتوحة تمامًا.
- إذا لزم الأمر تغيير أثاث الغرفة أو تحريك أي قطعة من مكانها الذي اعتــاد عليه الكفيف؛ فعليك إعلامه بهذا التغيير تجنبًا لأي صدمات غير متوقعة.
- عند تقديمك شيئا ما للكفيف لا تقل له خذ؛ فهو لا يرى اتجاه يدك وموقعــك، وبالتالي فإنك إما تصدر صوتًا بالشيء الذي تريد تقديمه له؛ فيسمع الصوت ويعرف الموقع والاتجاه ويسهل عليه أخذه؛ وإما أن تقربه إلى يــده حتــى يلمسه ويشعر به فيستطيع أخذه.

- عنده تقديمك شرابًا من أي نوع للكفيف لا تملأ الكأس إلى آخرها فإن ذلـك يؤدي إلى سكبها.
- إذا قدمت للكفيف طعامًا فاذكر ما الطعام واذكر موضعه علـى المنـضدة؛ وموضع كوب الماء والأدوات الأخرى؛ حتى يتسنى له أخذه دون أن يوقعه.

وأفضل طريقة لشرح مواقع الأشياء هي استخدام طريقة الساعة وهى كالتالي:

تشرح للكفيف؛ وتقول له أن الطبق الرئيسي عند الساعة الثالثة؛ وكـوب المـاء عند الساعة السادسة.. وهكذا

- وإذا قابلت كفيفًا في الطريق فلا تمسك يده مباشره وتجره فقد لا يحتاج إلـى مساعدتك، وعليك أولاً أن تعرض عليه المساعدة فإذا كان بحاجة إليها طلبها منك؛ وإذا رفضها فهذا يعني أن بإمكانه الاعتماد على نفسه في هذا الأمر.
- إذا أردت أن ترشد الكفيف إلى مكان ما؛ وأصبحت أنت المرافق المبصر فلا تجره أو تدفعه أمامك وإنما اتبع طريقة المرشد الصحيحة؛ وهى كالتالي:
  - يقف المرشد المبصر متقدمًا نصف خطوة عن الشخص الكفيف؛ ويقـف الكفيف على الجانب من جهة المرشد.
  - يقوم الكفيف بمسك المنطقة فوق المرفق للشخص المبصر خلف الوسـط بالنسبة لجسم الكفيف؛ ومستخدمًا يده ليمسك فوق المرفق اليسرى للمرشد ويكون إمساك اليد معتدلاً وخفيفاً.

عند السير في ممرات ضيقة يقوم المرشد بتحريك يده واليد التي يمـسك بهـا الكفيف إلى الخلف وسط ظهره، وهذه الإشارة تنبه الكفيف إلـى أن يقـف خلـف المرشد مباشرة على بعد خطوة وبعد الانتهاء يعيد المرشد يده إلى الوضع السابق.

- عند صعود السلالم؛ يجب أن يتوقف المرشد برهة للإشارة إلى أنـه سـوف يصعد أو ينزل السلم؛ ومن حركة جسم المرشد سوف يدرك الكفيف أنه سوف يصعد أو ينزل السلم ومن الممكن أن يوضح لفظيًا مثل: اصعد الدرج (السلم).
- عند الجلوس على مقعد يقوم المرشد بوضع يد الكفيف على ظهر الكرسي أو ذراعه.

٧ـ الأسـرة والطفل الكفيف:

يجب أن نأخذ في الاعتبار حقيقة اجتماعية لها أثرها في تحديد المركز الاجتماعي للكفيف، وهي ارتباط الكفيف بالمجتمع؛ فتاريخ المكفوفين في المجتمعات لا يزال إلى الوقت الحاضر تظهر فيه بوضوح انطباعات أحكام المبصرين وآراؤهم ومزاعمهم عن المكفوفين. ومن خلال هذا التاريخ تتحدد فكرة العمى لدى أفراد المجتمع وفكرة العمى تؤثر كإحدى القوى الاجتماعية وتشكل بالتالي الوعي الاجتماعي عند الشخص المبصر نحو زميله الكفيف، وهذا الوعي الاجتماعي يوجه السلوك الاجتماعي للمبصر نحو الكفيف. وتحديد فكرة العمى تخضع لعدة عوامل أهمها:

خبرات المبصرين عن المكفوفين ومدى النجاح الذي وصل إليه المكفوفون في حياتهم كأعضاء نافعين في المجتمع. وهكذا يكون الكفيف في علاقته الضرورية مرتبطًا بالمجتمع أي الآخرين، فيجب عليه أن يختلط بالمبصرين وأن يندمج في مجتمعهم.

وخلال هذا يجب أن يؤهل ليعيش كعضو متأثر ومؤثر في المجتمع يقوم بدوره حسب قدراته، وما يثبت وجوده وحقه في المساهمة كغيره من المبصرين في تطور وطنه حتى يمكن أن يكون متكيفًا اجتماعيًا ونفسيًا.

ولأجل الوصول بالكفيف إلى هذه الحالة من التكيف يجب أن يؤهل اجتماعيًا واقتصاديًا، وهذا التأهيل يعتمد بصفة أساسية على عوامل مختلفة تشمل:

تربية الأسرة – وظيفة المدرسة كقاعدة رئيسية للتأهيل الاجتماعي والثقافي والاقتصادي – القيام بعمل مناسب والتأمين المادي. وهكذا تعتمد عملية تكيف الكفيف على النحو السليم للقدرات الطبيعية المختلفة، وتربية الحواس الباقية وعلى التوجيه النفسي والتربوي من جانب الأسرة والمدرسة، وعلى التأهيل المهني؛ وأخيرًا على تأمين مستقبله واندماجه في المجتمع بصفة عامة.

وفي هذه الحدود يتضح أن عملية تأهيل الكفيف للحياة في المجتمع وإعداده كفرد له حقوق وعليه واجبات نحو مجتمعه تبدأ أول ما تبدأ مراحلها في الأسرة.

ولقد ثبت علميًا أن سلوك الفرد يتأثر بالبيئة الأولى التي يحتك بها، وأن شخصية الطفل تتكون تبعًا للخبرات المبكرة التي يمر بها في مرحلة الطفولة. وأن كل ما يستجد بعد ذلك في شخصية الإنسان يكون مرتبطًا إلى حد كبير بطفولته التي تعتبر أساسًا لشخصيته، وأن أصل شخصية الطفل لا يمكن أن تُشكله الحياة في مستشفى ما أو في دار حضانة ما، بل تشكلها الحياة بين أفراد الأسرة؛ فالحياة في المستشفى أو دار الحضانة لا يمكن أن تقدم للطفل ما يجده وسط أسرته من العواطف ومشاعر الدفء والحنان والرعاية والاهتمام وخاصة من الأم.

وهذه الحقائق لا تختلف في قليل أو كثير بالنسبة للطفل الكفيف الذي لا يخيره أحد عن الطفل العادي إلا عدم قدرته على الإبصار، بل نجد أن الموقف بالنسبة للطفل الكفيف إلى رعاية واهتمام خاص بالنسبة لظروف إعاقته.

وموضوع الأسرة والطفل الكفيف يعتبر أحد الموضوعات الرئيسية في تربية المكفوفين؛ نظرًا لأهمية النتائج التي تترتب عليها تربية الأسرة للطفل الكفيف في تكوين شخصيته وحياته المستقبلية.

وجوانب مناقشة هذا الموضوع تنحصر في النقاط التالية:

أولاً: ردود الأفعال الأولى للأسرة نحو الطفل الكفيف:

يجب علينا أن نجيب عما إذا كان ما بين الوالدين والطفل من العلاقات الطبيعية سيأخذ مجراه العادي أو ينحرف بسبب العمى؛ أي إن العلاقات بين أفراد الأسرة والطفل الكفيف ستسير في طريقها الطبيعي مثل غيره من إخوانه الأطفال المبصرين أو ستتغير بسبب كف بصره. ونتيجة لدراسة حالات عديدة قام بها بيريه هنرى أستاذ علم النفس الاجتماعي للمكفوفين في فرنسا، توصل إلى أنه عندما يعامل الوالدان طفلهما الكفيف كطفل عادي وليس كطفل كفيف فإنه لا توجد مشاكل. والطفل الكفيف هو قبل كل شيء طفل ينمو نموًا طبيعيًا، وعندما يشعر بشعور

الأمن والطمأنينة خلال علاقات المحبة والعطف من جانب الوالدين الذين يتقبلانــه كما هو. ولكن تظهر المشاكل فقط عندما يكون أفراد الأسرة ولا سيما الوالدين غير مستعدين لتقبل العمى كحقيقة واقعة والذي ربما يكون مصدرًا لمضايقات في حيــاة الأسرة؛ إذ إن العمى يؤثر على الأسرة كصدمة تخلف وراءها مشاعر وإحــساسات تكون بمثابة قاعدة اجتماعية تشكل إراديًا أولا إراديًــا ســلوك الأم تجــاه الطفــل الرضيع، وهذا يؤدي بدوره إلى عصبية الأم.. هذه العصبية يحتمل أن تنتقل بالتالي إلى الطفل الرضيع فيصبح هو أيضًا عصبيًا.

وتفسير ذلك أن حالة الأم النفسية تنعكس بصورة واضحة وسريعة على طفلها، وهذا يتطلب أن تكون في حالة نفسية هادئة في أثناء الرضاعة، وأنه من الخطأ أن ترضع صغيرها وهى حزينة باكية أو ساخطة وهي في حالة عصبية؛ فــالمطلوب من الأم أن تتخلص من كل مشاكلها وأن تطرحها جانبًا وتتفرغ لطفلها تمامًا فــي أثناء الرضاعة وتشعره أنها معه بعواطفها وحبها وحنانها إلى جانب تلبية مطالبــه الفسيولوجية.

ويؤكد أحد الرواد الألمان في تربية المكفوفين هذه الحقيقة فيقول: التربية غيــر السليمة لها دائمًا أساسها في آلام الأم عن المصير غير السعيد لطفلها مع العمــى.. وفي خلقها وفي حنانها الزائد.

فمن الضروري أن تعد الأسرة تربويًا وثقافيًا لتقبل العمى، وبالتالي تقبل الطفــل الكفيف. ويتسع نطاق هذا الإعداد ليشمل أفراد البيئة البشرية التي تدخل في مجالات حياة الكفيف مثل: الأقارب والمعارف، بل يمتد بالتالي أيضًا إلى الطفــل الكفيــف؛ حيث يزود بفكرة صحيحة عن ماهية العمى وحقيقته عن طريق التوجيه والإرشاد.

ففكرة العمى موجودة في عقول الأقارب كما هــي فــي عقــول المبــصرين، والأقارب ربما يكونون مصدرًا من المصادر المهمة للحكم غير الصحيح والمعاملة غير الحسنة نحو المكفوفين، وخاصة الأطفال من المكفوفين.

وبسبب عدم إعداد الأسرة لتقبل الطفل الكفيف في مبدأ الأمر أدى إلى ظهور سلسلة من ردود الأفعال مثل: اختلاف معاملة الطفل الكفيف عن معاملة الطفل المبصر، وعدم تقبل العمى كحقيقة واقعة، وعدم تقبل النصح بإمكان الشفاء وتكرار الاستشارات الطبية، وحرمان الطفل من الشعور بالأمن والاطمئنان النفسي.

هذا الموقف من جانب الوالدين نحو طفلهما الكفيف ينتج عنه عدم تربيته التربية العادية؛ فهما يحرمانه من الحب الفطري والمعاملة الحسنة، وينكران عليه التفكير السليم، وبالتالي يحرمانه نتيجة لذلك من الفرصة المناسبة للتعليم؛ وعندما يعترفان به كطفل مثل أخيه المبصر له الحق في الذهاب إلى المدرسة يكون ذلك متأخرًا.

وعندما لا يكون للطفل الكفيف أي رغبة، وعندما يكون موضعًا لخصومة غبية من جانب الأسرة أصبح العمى كجزاء لذنب ما، هذا يؤدي إلى إعاقة النمو الطبيعي عند الكفيف، وتزداد درجة الإعاقة بتأكيد هذه المشاعر من الأسرة نحو الطفل، وبالتالي يشعر الكفيف بشعور الذنب والإهمال. ومن الطبيعي أن يدرك المرء نتائج هذا السلوك للأسرة على التكوين العقلي والنفسي والاجتماعي لشخصية الطفل الكفيف التي تنمو محددة عالمه المادي وعلاقاته الإنسانية؛ لذا فإن أكبر معوق في تطور شخصية الكفيف لا ينحصر في حقيقة العمى والنتائج المترتبة عليه بقدر ما ينحصر في سلوك الأسرة والبيئة الاجتماعية المحيطة به.

ثانيًا: اتجاه الوالدين وتصرفاتهم:

إن الطفل الكفيف يولد ومعه مقومات الإنسان الكامل؛ فهو يحس ويتأثر بالحياة والناس والأشياء من حوله، وينعكس أثر ذلك على حالته النفسية والصحية. وعلى ذلك فإن من واجب الأسرة أن تضع في اعتبارها أسلوب معاملة وليدها منذ الصغر.

ويتميز سلوك الأسرة بصفة عامة والوالدين بصفة خاصة نحو الطفل الكفيف بالتغير وعدم الثبات، وخاصة في السنوات الأولى في حياته. ومهما كانت صفة وقوع هذا السلوك فله تأثيره الفعلي على حالة الكفيف النفسية والعقلية والثقافية.

وتوجد ثلاثة أنماط رئيسية لسلوك الوالدين نحو الطفل الكفيف:

١- تقبل ضعيف للطفل على أساس عدم إمكانه إدراك ذلك بصريًا.

٢- الرفض بدلاً من قبول الأمر الواقع.

٣- بين هذين الاتجاهين يوجد نمط آخر من سلوك الوالدين غير المتعادل الذي يشير إلى وجود نوع من الثنائية في المعاملة نحو الكفيف.

- ودوافع هذا السلوك تتذبذب بين طرفين الرفض، والقائم على عدم معرفة حقيقة العمى، والحاجة إلى التأكيد غير المعروف أن العمى سبب الشذوذ.

ثالثًا: استمرار المعاملة الخاصة:

يتطلب الأمر تقييم معاملة الأسرة الخاصة نحو طفلها الكفيف حتى يمكن الوقوف على الاتجاه التربوي الذي تتخذه الأسرة نحو طفلها. وبعد هذا التقييم سيمكن توجيه الأسرة إلى اتباع أفضل السبل والمواقف التربوية العلمية في معاملتها للكفيف. ولأجل الوقوف على اتجاه سلوك الأسرة يمكن تطبيق الطرق التالية، وكل منها لا تعتبر كاملة في حد ذاتها فلكلٍ قيمتها وكلٌ منها تكمل الأخرى.

(أ) الملاحظة المباشرة:

لأجل الوصول إلى نتيجة لها قيمتها الإيجابية من استخدام هذه الطريقة يستلزم الأمر الإقامة بالقسم الداخلي بإحدى مدارس المكفوفين لفترة ما. فإذا أراد المرء أن يتعمق في فهم سلوك الكفيف فيجب عليه أن يحيا معهم، كما يجب عليه أن يعاصرهم في مواقف اجتماعية مختلفة في حياتهم.

(ب) سؤال الشخص الكفيف:

مثل سؤال الطفل أو الشاب الكفيف عن زمن تربيته الأولى ومكانها وعن المشاكل التي صادفها وعن معاملة الآخرين له وانطباعاتها في نفسه.. وهكذا.

(جـ) سؤال الوالدين:

مثلاً أثناء الاجتماعات التي تتم بين المدرسين والوالدين في المدرسة أو عن طرق تقديم استمارة.. وهذه الطريقة تتطلب كثيرًا من الجهد تبعًا لاختيار وقوع الأسئلة، وكذا بالنسبة لمهارة صياغة الأسئلة وطريقه عرضها والإجابة عنها.

(د) الردود الشفهية للتلاميذ المكفوفين أثناء الدرس:

هذه الردود والتعليقات تعتبر أحد المصادر المهمة للوقوف على آرائهم عن أثر الحياة المدرسية في حياتهم بصفة عامة.

رابعًا: مسؤولية الأسرة عن الضرر الجسمي والحسي والعقلي للكفيف:

عند دخول الكفيف المدرسة يلاحظ المرء فروقًا فردية واضحة أكثر من التي يلاحظها عند زميله المبصر في السن نفسها؛ ولأجل تحديد هذه الفروق الفردية ومعرفة الأضرار الجسمية أو الحسية أو العقلية التي يقاسي منها الكفيف يُجري الإخصائي عدة اختبارات، ويؤدي تحليل نتائج هذه الاختبارات إلى تحديد نوع هذا الضرر أو مظهره.

ومن أمثلة هذه المظاهر:

تغير صحة الكفيف الذي لا يرجع إلى أحد الأمراض التي يقاسي منها الكفيف، وضعف تكوين العضلات، وعدم القدرة على إعطاء صورة سليمة عن العالم الخارجي، ونقص في توجيه الكفيف ورعايته، والتطور المنحرف لخيال الكفيف، وضيق خبرات الكفيف أو قلتها؛ وعدم إجادة التحدث والإنصات، وحالة بدنية غير صحية، وعدم إجادة أو ممارسة لعب شعبية كثيرة، ظاهرة حب الذات أو بقايا منها.

وعندما يكون الكفيف في حالة بدنية ونفسية غير عادية فإنه يسير في طريق لا يعود عليه بفائدة تذكر، ويكون تحصيله دون المتوسط؛ وهكذا تتضاءل فرص تكيف الكفيف وتحاول المدرسة أن تبحث في حياته قبل التحاقه بالمدرسة بغية معرفة أسباب الفشل أو الإخفاق فتدين الأسرة غالبًا وأحيانًا يتحمل الوالدان جزءًا من المسؤولية يحدده طبيعة رد فعلها تجاه العمى، والمشكلة هي في تحديد مسؤولية الأسرة هل هي

رئيسية أو ثانوية؛ قبل المناقشة والحكم على الأسرة يجب على المرء أن يأخذ في الاعتبار الحقيقتين التاليتين:

الأولى:

إن الكفيف لا يقف دائمًا وحده في تحمل المسؤولية، فأحيانًا يتحمل الوالدان نصيبًا كبيرًا من مسؤولية هذه الأضرار التي لها تأثيرها السيئ على شخصية الكفيف وحياته؛ ولا يهمنا هنا إلا معرفة السبب الذي تحدده الإجابة على هذا السؤال:

هل غيرت معاملة الأسرة العادية من شخصية الكفيف من الناحية الطبيعية البدنية والعقلية كما ظهر ذلك عند دخوله المدرسة أم لا؟

وأكبر عدد من الصفات غير العادية يمكن تفسيرها على ضوء العوارض المرضية، وعلى أساس النقص في مشاعر الوالدين وعواطفهما تجاه الكفيف.

الثانية:

الخبرة والمعرفة التي يكتسبها المرء عن طريق الإدراك البصري، وهنا تكمن النتائج المباشرة للعمى وتظهر العوارض المرضية عند الكفيف.

- وحقيقة المعاملة الخاصة من جانب أفراد الأسرة نحو الكفيف تعتبر نتيجة لقوة اجتماعية تشترك في التأثير المشترك للمدلولات الاجتماعية والحضارية الأخرى؛ وبعد هذا التقرير الاجتماعي يكون الوالدان أنفسهما ضحية لعقبات اجتماعية تفرض نفسها على المجتمع وبالتالي على الأفراد الذين يعيشون في هذا المجتمع.. وأحيانًا تكون هذه العقبات الاجتماعية غير موجودة في مجتمع آخر، وبذلك يتغير مدلول هذه المعاملة الخاصة من جانب الأسرة بتغير المدلولات الاجتماعية عن العمى في المجتمع الآخر.

وهذه الاعتبارات الاجتماعية السالفة الذكر بجانب وجهة النظر الخاصة بمسؤولية الأسرة تكون بمثابة مصادر للأضرار الجسمية والحسية والنفسية التي يشكو منها المكفوفين بدرجات متفاوتة.

خامسا: مسؤولية الأسرة تجاه تكوين شخصية الكفيف:

إن الأسرة لا يمكن أن تكون مسؤولة فقط عن النقص الجسمي والعقلي الذي يقاسي منه الكفيف بسبب عماه المبكر، بل مسؤولة أيضًا عن صفات شخصيته.

٨ـ مهارات التواصل لدى الكفيف:

تشتمل مهارات التواصل على عمليتين رئيسيتين هما: الاستقبال Reception والإرسال Sending. يرتبط الاستقبال بالقدرة على (فهم) المعلومات التي يحصل عليها الفرد عن طريق القنوات الحسية السمع، البصر، الشم، التذوق، اللمس، كأن يفهم الفرد دلالات ما يسمع من عبارات ومفاهيم؛ أو ما يقرأ أو يشاهد من كلمات وصور مواقف وأحداث؛ وما يشم من روائح؛ وما يتذوق من مذاقات واضحة؛ وما يلمس من سطوح وأحجام وأشكال.

أما الإرسال فيرتبط بالقدرة على "التعبير" عما يدور داخل الفرد من أحاسيس ومشاعر وانفعالات واستخدامات، وذلك باستخدام الكلمات أو الجمل أو العبارات الملائمة والواضحة عن هذه الانفعالات أو الاستجابات.

إن إتقان مهارات التواصل يعتمد إلى حد كبير على التدريب والاستخدام السليمين لهذه المهارات.

ولقد أشار هندرسون Henderson (١٩٧٣) فيما يتعلق بهذا الموضوع؛ إلى أنه على الرغم من أن كل من المبصر والمعاق بصريًا يمران بالخطوات نفسها التي يتطلبها تعلم مهارات التواصل فإن هناك فروقًا فيما بينهما تتعلق بدرجة الإتقان لهذه المهارات وهذا راجع إلى لختلافهما في القنوات الحسية والمعلومات السابقة والخبرات الاجتماعية والظروف النفسية.

إن الغياب أو القصور في حاسة البصر لا يؤثر فقط على طبيعة المعلومات التي تأتي عن طريق هذه الحاسة من حيث نوعيتها وكميتها فحسب؛ بل إن البصر هو الذي يقوم بنقل القدر الأكبر من المعلومات التي تأتي عن طريق الحواس الأخرى المستقبلية لهذه المعلومات (كارول ١٩٦٩) وبخاصة في سنوات التعلم المبكر في

المواقف الجديدة. وعليه فعند كل طفل مبصر تنتظم تلقائية المعلومات التي تأتي عن طريق البصر كما أن حاسة البصر ليست المصدر الأساسي للمعلومات فحسب؛ وإنما أيضًا هي "الرقيب" الأساسي أو "المتثبت" الأساسي من كل المعلومات التي تأتي عن طريق الحواس الأخرى.

لهذا فالمعاق بصريًا يحتاج إلى تطوير أكثر من بديل واحد للبصر؛ فهو يحتاج إلى تطوير انتفاعه بالقنوات الحسية الباقية كلها؛ والمتمثلة في:

(١) اللمس:

تعتبر اليد بالنسبة للفرد ذي الإعاقة البصرية مصدرًا من مصادر اكتساب الخبرات يعتمد عليها في الاتصال بالعالم الخارجي. ففي اليدين تجتمع أدوات البحث والمعرفة والعمل؛ وبالتالي فهي تؤثر تأثيرًا جوهريًا في الحياة الثقافية والاجتماعية والاقتصادية لذي الإعاقة؛ لأن مهارة اليد تصبح غالبًا أساس النجاح الذي يطمح ذو الإعاقة البصرية أن يصل إليه في المستقبل. ويرجع البعض حاسة اللمس عند ذوي الإعاقة البصرية إلى مبدأ التعويض الذي يعتقدون فيه؛ وإن كان قد ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أنه لا يوجد ما يمكن أن نسميه تعويضًا عند ذوي الإعاقة البصرية. بينما نجد أن التركيز من جانبه على حاسة اللمس والتدريب المستمر لهذه الحاسة في اتصاله بعالم الأشياء من حوله يضفي حساسية على هذه الحاسة والتي يعتمد عليها وبشكل كبير في الحصول على المعرفة.

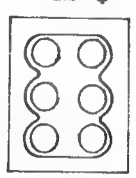
ومن الوسائل التي يعتمد عليها ذو الإعاقة البصرية في التعليم اعتمادًا على حاسة اللمس ما يلي:

(أ) طريقة برايل:

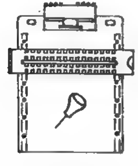
تنسب إلى "لويس برايل" L.Braille وقد طورها بناء على طريقة الكتابة الليلية التي اخترعها الضابط النفسي الفرنسي"باربيير" Barber لتيسير إرسال التعليمات واستقبالها عبر الشفرة العسكرية إلى القوات الفرنسية أثناء حربها مع الألمان. وهي عبارة عن نظام للكتابة البارزة يمكن بواسطتها للعميان أن يتعلموا الكتابة والقراءة؛ وقد طرأت عليها تعديلات حتى عرفت بطريقة برايل المعدلة بعد عام ١٩١٩م.

ويتم تمثيل الحروف من خلال هذا النظام بنقاط بارزة عن طريق خلية صغيرة تسمى خلية برايل، وتظهر كما في الشكل التالي؛ حيث يمثل كل حرف نقطة أو أكثر.

والوسيلة التقليدية للبدء في تعليم الكتابة باليد وفقًا لهذا النظام هي مسطرة ذات طبقتين يمكن تحريكها على لوح معدني أو خشبي إضافة إلى قلم معدني. وتوجد أنواع ومقاسات مختلفة من هذه المسطرة بحيث يمكن حمل بعضها في الجيب لاستخدامه في تدوين الملاحظات.



خلية برايل



مسطرة وقلم برايل

ويتم استخدام القلم المعدني في تثقيب النقاط بالضغط على ورقة خاصة تثبت على اللوح المعدني أو الخشبي ويتم تحريك المسطرة عليها. ويجرى هذا التثقيب من خلال خانات تنتظم في أربعة صفوف على طبقتي المسطرة تحدد خلايا برايل؛ ويتم ذلك بدءًا من الخانة الأولى بالصف الأول من وجهة اليمين، وبدءًا من الرقم واحد إلى الرقم ستة داخل كل خانة مثلما هو موضح بالشكل وذلك حتى تنتهي خانات الصف الأول وعندها يتم الانتقال بالكيفية نفسها إلى الصف الثاني فالثالث؛ فالرابع؛ ثم يتم تحريك المسطرة إلى أسفل لشغل جزء جديد من الورقة؛ وهكذا حتى تنتهي كتابة الورقة فيتم وضع ورقة أخرى ويتبين من ذلك أن الكتابة بطريقة برايل تتم من اتجاه اليمين إلى اليسار؛ بينما تتم القراءة من اليسار إلى اليمين عندما تقلب الورقة المكتوبة.

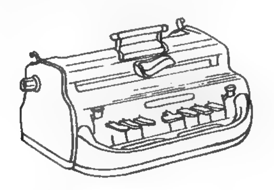
٥٤	١٥
٥٥	٥٢
٥٦	٣٥

كل خانة مقسمة إلى ستة أقسام لكل قسم رقم محدد:

وتشتمل تعليم الكتابة والقراءة بطريقة برايل على عدة مراحل منها المرحلة الأولى (برايل ١) في المرحلة الأساسية من تعليم القراءة وهي دون اختصارات ويتم استخدام الاختصارات بشكل تدريجي في المراحل التالية (برايل ٥؛ ١) (برايل٢) وتعني الاختصارات في نظام برايل استخدام حرف أو رمز أو كليهما، أو رمزين معًا للدلالة على كلمة ما؛ بقصد زيادة السرعة في الكتابة والقراءة، وتوفير للأوراق المستخدمة في الكتابة نظرًا لكبر حجم حروف برايل.

(ب) آلة برايل الكاتبة:

وهي آلة مصممة خصيصًا للكتابة بطريقة برايل، ولها لوحة مفاتيح تتكون من ستة مفاتيح؛ تمثل كل منها نقطة من نقاط خلية برايل. وتنتظم المفاتيح في مجموعتين يتوسطهما قضيب للمسافات؛ حيث تمثل المفاتيح الموجودة إلى يسار قضيب المسافات النقاط ١،٢،٣ بينما تمثل المفاتيح الموجودة إلى يمينه النقاط ٤،٥،٦ ويمكن بالضغط على هذه المفاتيح كتابة أي جزء من الخلية.



آلة برايل الكاتبة

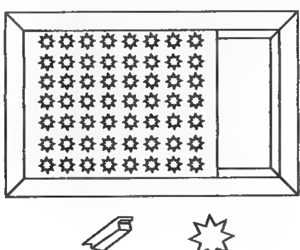
ويفضل كثير من المتخصصين في تعليم المعاقين بصريًا استخدام الآلة الكاتبة عند البدء في تعليم الكتابة للمكفوفين؛ لأنها أكثر سهولة وفاعلية، وأقل إجهادًا للأطفال؛ حيث تتطلب قوة عضلية أقل من تلك التي تتطلبها الكتابة اليدوية باستخدام مسطرة وقلم برايل، كما أنها توفر للأطفال تغذية راجعة مباشرة تمكنهم من مراجعة ما يكتبون وتصحيحه؛ وتتيح لهم إحراز معدلات معقولة من السرعة والدقة في الكتابة.

جـ ـ الآلة الكاتبة العادية:

تعد من أكثر الوسائل أهمية في الكتابة بالنسبة للمعاقين بصريًا؛ حيث تمكنهم من التعبير عن أنفسهم، وإنجاز الكثير من واجباتهم المدرسية متى كانوا مستعدين لاستخدامها. كما تتيح لهم فرص التفاعل مع المبصرين الذين يصبح بإمكانهم قراءة أعمال المكفوفين مباشرة. إلا أن المشكلة الأساسية في استخدام الكفيف للآلة الكاتبة العادية تكمن في عدم مقدرته على مراجعة أعماله واكتشاف أخطائه الكتابية وتصحيحها. وقد أمكن التغلب في بعض الدول المتقدمة على هذه المشكلة عن طريق بعض برامج الحاسبات الآلية التي تكفل تغذية راجعة بواسطة برايل أو الصوت أو كليهما معًا.

طريقة تيلر:

تنسب تلك الطريقة إلى وليم تيلر وقد ابتكرها حوالي عام ١٨٣٨ عندما كان يقوم بالتدريس للمكفوفين في جلاسجو. ولوحة تيلر عبارة عن لوحة معدنية بها ثقوب كل منها على هيئة نجمة ثمانية الأضلاع؛ وتنتظم هذه الثقوب في أعمدة وصفوف. أما الأرقام والرموز عبارة عن منشورات رباعية من المعدن. كما تستخدم وسائل أخرى كثيرة في تعليم العمليات الحسابية والمفاهيم الهندسية إضافة إلى لوحة تيلر والعدادات والمكعبات كالنماذج الطبيعية والمصنوعة، والأشكال الهندسية كالدوائر والمربعات والمثلثات.



جهاز الأوبتاكون Optacon:

وهو من الأجهزة الحديثة التي أثبتت نجاحها في تعليم ذوي الإعاقة البصرية بما يتيحه من فرص للحصول على المعلومات والبيانات اللازمة لدراسة المواد المختلفة ومواكبة التطور السريع في المعرفة، وهو عبارة عن جهاز يمكن الاحتفاظ فيه بالمعلومات ويظهرها في صورة حروف بارزة يمكن أن يقرأها ذو الإعاقة البصرية على صفحة أي كتاب فإنها تنقلها إلى الجهاز الذي يقوم بدوره بتحويلها إلى حروف بارزة؛ وهو بذلك يختلف عن كل ما أتيح لذوي الإعاقة البصرية؛ حيث إنه يتيح لهم قراءة كتب المبصرين في الوقت نفسه.

آلة الثيرموفورم Thermoform:

يعتبر من أكثر الأجهزة أهمية في تعليم ذوي الإعاقة البصرية عن الأشكال؛ حيث يمكنه نسخ أي نوع من المعلومات، وأي شكل من الأشكال وبالأعداد المطلوبة فهو آلة كهربية تستخدم في تشكيل الفراغات تحت تأثير الحرارة الشديدة. فيمكن مثلاً كتابة صفحة على طريقة برايل العادية ثم يغطى هذا الأصل بصفحة من البلاستيك ويدخل بها في فرن الموقد للآلة وفي بضع ثوانٍ يتم تشكيل نسخة طبق الأصل.

(٢) السمع:

تعتبر حاسة السمع عند ذي الإعاقة البصرية أهم حاسة في حياته؛ فقد أثبتت الدراسات أن ٧٥% من الانطباعات الحسية تقدمها الأذن لذي الإعاقة البصرية؛ حيث تساعده هذه الحاسة على معرفة المسافة والاتجاه وحصوله على الكثير من المعلومات عن البيئة التي يعيش فيها. وبفضل ما تؤديه هذه الحاسة من انطباعات فقد ساعدت ذوي الإعاقة البصرية على الإحساس بالعوائق، ومن ثم تلافيها بحاسة إضافية تسمى حاسة تمييز العوائق وتلافي الصعوبات. إلا أن الدراسات أثبتت أن إحساس الفرد ذي الإعاقة البصرية بالعوائق إنما هو نتيجة التدريب المنتظم والمتواصل، مما يزيد من حدتها واستخدامها في تمييز العوائق والإحساس بها ومن ثم تلافيها.

(٣) حاسة الشم والتذوق:

تلعب حاسة الشم والتذوق دورًا مهمًّا في تعرف ذوى الإعاقة البصرية على البيئة المحيطة بهم والتفاعل مع مكوناتها مما يوجب على الأسرة والمسؤولين عن تربية ذوي الإعاقة البصرية، سواء كانوا في المنزل أو المدرسة ومن بينهم المعلمون، تدريبهم على التمييز بين الأشياء التي يمكن إدراك خواصها عن طريق حاسة الشم أو التذوق.

٩ـ القدرات الخاصة بالكفيف:

هناك قدرات يختلف فيها المكفوفون عن المبصرين، هذه القدرات تسمى القدرات الخاصة وتتعلق بمستوى الذكاء، وببعض العمليات النفسية كالتصور البصري والتخيل.

وسنتحدث فيما يلي عن هذه القدرات بشيء من التفصيل:

(١) ذكاء الكفيف:

ينقسم الناس فيما يتصل بتقدير ذكاء الكفيف إلى قسمين:

يذهب القسم الأول: بدافع التعاطف الوجداني مع الكفيف المشوب بالحماسة لما يأتيه من ضروب المهارات التي يؤديها المبصر أحيانًا سواء بسواء.

إن ذكاء الكفيف لا يقل عن ذكاء المبصر إن لم يتفوق عليه أحيانًا. وهم يستشهدون في غمرة الحماسة ببعض مشاهير العباقرة من المكفوفين؛ وتاريخ العلم والفن والأدب تقدم في الواقع عددًا كبيرًا من هؤلاء العباقرة "فهومر" الذي قدم للأدب الأياذة الأوديسة، وهما من أروع ما قدمته العقول البشرية خلال أجيال طويلة. "وديدموس" الذي عاش في الإسكندرية خلال القرن الرابع الميلادي، اشتهر بأنه كان أستاذًا وكان فقيهًا، وقد أصيب "ديدموس" بالعمى حينما بلغ الخامسة من عمره؛ لكنه استطاع أن يبرهن للناس في عصره أن الأعمى قادرًا على أن يكون أكثر من شحاذ تستر جسده الخرق البالية، كما كان الشأن في أيامه وقد اخترع نوعًا من الحروف مكنته من أن يقرأ.

ويمدنا تاريخ الأدب العربي بأسماء لامعة كان أصحابها مكفوفين مثل: "أبي العلاء المعري " الذي أصيب بالعمى وهو في الثالثة من عمره وهو يتبوأ في تصنيف الأدباء العرب قمة القائمة ثم "بشار بن برد" و"الفضل بن محمد القصباني النحوي" المكفوف الإمام في اللغة العربية، "وشافع بن علي بن عساكر العسقلاني" وكل هؤلاء من فحول الشعراء وأئمة اللغة العربية. وأخيرًا نجد في أدبنا الحديث الدكتور طه حسين وهو يتبوأ في الأدب العربي الحديث ما كان يمثله أبو العلاء المعرى في عصره؛ بالإضافة إلى الدكتور أحمد يونس والموسيقار عمار الشريعي. غير أن عبقرية بعض المكفوفين لا تكفي أبدًا لأن تؤيد ما ذهب إليه بعض الناس، وهو أن المكفوف ألمع ذكاءًا من المبصر. وإذا توخينا الدقة يمكن أن نقول على لسان هؤلاء إن نسبة الأذكياء من المكفوفين أعلى منها لدى المبصرين. ويؤيد هؤلاء ما يذهبون إليه بدليل غامض؛ هو أن الله يعوضهم عن فقد البصر بتفتح البصرية.

أما القسم الآخر من الناس فلا يرى ما يراه الأول؛ ونظرته إلى هذا الموضوع أكثر تجردًا وموضوعية؛ حيث إنهم يعترفون طبعًا بنبوغ بعض العباقرة المكفوفين إلا أن هذا الاعتراف لا ينسيهم أن ثمة عباقرة من المبصرين. ويرون أن مسألة المقارنة بين ذكاء المبصرين وذكاء المكفوفين يرجع أمرها إلى المقاييس المختلفة التي وضعت لقياس الذكاء، وأن المقارنة الإحصائية هي التي تعطي الجواب القاطع لهذه المسألة.

- ولقد دلت نتائج الاختبارات التي طبقت على المكفوفين والمبصرين أن الذكاء العام للفئة الأولى أدنى بنسبة غير ملحوظة من الذكاء العام للفئة الثانية.

أي أن الفرق بين الفئتين فيما يتصل بالذكاء العام فرق يمكن إهماله؛ أما في قياس المعلومات العامة فقد اتضح من تطبيق الاختبارات الخاصة بهذا المجال على فئتين متماثلتين من المكفوفين والمبصرين، أن المعلومات العامة لدى الفئة الأولى أقل منها لدى الفئة الثانية، وهى نتيجة معقولة طبعًا بحكم أن مدى ما تطلع عليه العين وما تستطيع إدراكه أوسع وأرحب مما تستطيع الحواس الأخرى معرفته.

ولهذا تكون حصيلة المبصر من المعلومات العامة أغنى أما الاختبارات التي طبقت على المكفوفين، فكان أغلبها من الاختبارات الشفهية؛ وذلك لأن أي اختبار يعتمد على الإبصار يصبح في مجال التطبيق على المكفوفين غير صالح، وكذلك الاختبارات التي تعتمد كلية على اللمس اختبارات مناسبة للمكفوفين واستعيض بها عن الاختبارات البصرية لقياس الذكاء عند المبصرين. والحقيقة أنه لم توضع اختبارات شفهية خاصة لقياس المكفوفين، بل إن الاختبارات الشفهية التي طبقت على المبصرين أيضًا بعد تحويلها، وأشهرها اختبار ستانفورد – بينيه الذي قام بتعديله عام ١٩٤٢م الذي استبدل اثني عشر سؤالاً مماثلاً تصلح للعميان بأخرى مناسبة، وفيما عدا ذلك اعتبرت جميع الأسئلة الواردة في اختبار ستانفورد بينيه صالحة والأصل في اختبار ذكاء الكفيف إلقاء السؤال وانتظار الجواب وتسجيله. وهذا يعني أن الاختبار يطبق بطريقة فردية؛ ومن الممكن تطبيقه جميعًا؛ وذلك لكتابته بطريقة برايل. وهي طريقة بطيئة بطبيعتها لأنها تعتمد على اللمس؛ وعادة يكون الزمن اللازم للقراءة بطريقة برايل ثلاثة أو أربعة أضعاف الوقت اللازم للقراءة العادية للكمية نفسها. إلا أن هذه الاختبارات الجمعية غالية الثمن ولا يسهل تداولها، وهذا يعلل عدم وجود اختبارات كافية من هذا النوع؛ وحتى يمكن تصحيح الاختبارات الجمعية لا بد وأن يكون المصحح ملمًا بالقراءة بطريقة برايل أو أن تترجم الإجابات إلى الكتابة العادية.

أما اختبارات التحصيل للمكفوفين فيمكن تطبيقها بطريقة فردية أو جمعية، وذلك بطريقة الكتابة بالحروف البارزة، وفي هذه الحالة لا بد من تقدير الزمن للكتابة البطيئة بطريقة برايل أو بالكتابة بالآلة الكاتبة؛ وكلاهما يستغرق في العادة أربعة أمثال الوقت اللازم للكتابة العادية.

- أما الصحيح عن ذكاء المكفوفين في نتائج الدراسات المختلفة فهو أن المكفوفين – كطائفة – لا يختلفون عن المبصرين؛ رغم أن تطبيق الاختبارات عليهم دل على أن هناك فرقًا ضئيلاً لصالح المبصرين في نسبة الذكاء؛ إلا أن هذا الفرق يمكن إهماله، كما دل على أن نسبة المتفوقين من

المبصرين أعلى منها لدى المكفوفين وأن نسبة المتخلفين في الذكاء أعلى عند المكفوفين منها عند المبصرين.

(٢) التصور البصري لدى المكفوف:

ينقسم الناس أيضًا إلى فريقين فيما يتصل بالقدرة على التصور البصري لدى الكفيف.

فيذهب فريق إلى أن الكفيف رغم عجزه عن الرؤية؛ قادر ببصيرته أن يرى الأشياء، ويصفها بدقة، شأنه في ذلك شأن المبصر، ويذهب من ضروب الوصف التي تحتاج للرؤية مما يعجزه المبصرين أحيانًا، وهم يرددون مع الشاعر الكفيف:

أن يجرح الدهر مني غير جارحة ... ففي البصائر ما يغني عن البصر

وتشتمل الآداب العالمية في الواقع على آثار أبدعها مكفوفون وتنطوي على صورة بصرية تبلغ حدًا من الدقة يفوق أحيانًا ما يبلغه المبصرون؛ وتوجد في الأدب العربي خاصة شواهد كثيرة على ذلك، نذكر منها على سبيل المثال قصيدة بشار بن برد التي يصف فيها خروج الجيش والتقاءه مع العدو وانتصاره.

يقول بشار:

وجيش كجنح الليل يرجف بالحصى ... وبالشول والخطيِّ حمر ثعالبه

غدونا له والشمس في خدر أمها ... تطالعنا والطل لا يجر ذائبه

بضرب يذوق الموت من ذاق طعمه ... ويدرك من نجى الفرار مثالبه

كأن مثار النقع فوق رؤوسهم ... وأسيافنا ليل تهاوى كواكبه

ولا يخفى طبعًا ما في هذه الأبيات من صور بصرية حية حافلة بالحركة وكأن قائلها حاد البصر قوي الملاحظة وليس بشار بن برد الشاعر الكفيف. وثمة شواهد أخرى كثيرة يعتبرها الفريق الأول مؤيدة لما يذهب إليه. إلا أن سؤالاً قد يخطر في أذهاننا ويجعلنا نشك في قيمة هذه الآثار الأدبية التي تضم في ثناياها صورًا بصرية

تتسم بالقوة والعمق والدقة نفسها التي تتسم بها الصور البصرية التي ينشئها المبصرون.

والسؤال الذي يجعلنا نشك في قيمة هذه الصور هو: هل هذه الصور البصرية التي ينشئها المكفوفون تعني فعلا أنها موجودة في خيالهم كما هي موجودة في خيال المبصرين أو أن هذه الصور ليست أكثر من اقتران لفظي حفظه الكفيف ثم استدعاه لتركيب صور بصرية لا تقابل في ذهنه شيئًا يمت إلى الواقع المرئي بصلة؟

ويبدو أن الإجابة عن هذا السؤال توضح إلى حد كبير قيمة الصور البصرية التي أبدعها مكفوفون.

والجواب جدير بأن يكون في غير صالح الفريق الأول وأن يعزز رأي الفريق الثاني الذي يرى أن هذه الصور ليست أكثر من تركيب لفظي؛ لعب فيه الاقتران دورًا كبيرًا؛ إلا أن الاقتران قد لا يكون دائمًا لفظيًّا بل قد يكون اقترانًا بين إحساسين؛ أحدهما بصري فيلجأ الكفيف لإنشاء الصورة البصرية مستعينًا بالإحساس الآخر الذي يتلقاه فعلاً.

ولتوضيح ذلك بمثال نقول إن لسان الكفيف قد يجري بالعبارة الآتية:

إن السماء زرقاء أو إن السماء غائمة؛ وقد لا تكون السماء فعلاً زرقاء أو غائمة؛ وكأنه يصفها كما يصفها المبصر، ولكن الكفيف مع ذلك لا يدرك هذا الإحساس البصري إلا من خلال الإحساس الآخر الذي يصاحبه وهو الإحساس بهدوء الجو الذي لا يتخلله الرياح أو الرعد أو المطر؛ وغير ذلك من الإحساسات التي يمكن بحواسه الأخرى أن يحكم أن السماء غائمة؛ وذلك لأن الجو مضطرب ممطر. وهو حينما يريد أن ينشئ صورة بصرية إنما يعود إلى هذه الارتباطات الاقترانية يصوغ منها مما قد يحمل بعض الناس على الاعتقاد بأن الكفيف – رغم عجزه عن الإبصار – قادر على وصف بعض الأشياء وصفًا دقيقًا يصل إلى درجة الكمال أحيانًا؛ وتصبح كثير من الارتباطات الاقترانية اللفظية لدى الكفيف مادة لصياغة هذه الصور؛ كالدم الأحمر على سبيل المثال والثلج الأبيض والليل الداجي

والسيف القاطع.. إلخ أما المعنى الحقيقي للون الثلج الأبيض ولون الدم الأحمر ولون السماء الزرقاء فهو معنًى غامض لا يمكن للكفيف أن يفهمه إلا من خلال الإحساسات الأخرى المقترنة به؛ أما إذا لم تكن ثمة إحساسات تقترن بما هو بصري فإن المعنى الحقيقي لهذه الارتباطات اللفظية يظل غامضًا في خيال الكفيف ويبقى مجرد اقتران لفظي، وهذا بالضبط هو موقف الفريق الثاني من مسألة قدرة الكفيف على ابتكار الصورة البصرية، وهم يستندون في هذا الرأي إلى الدراسات التجريبية التي أجريت على المكفوفين بقصد استجلاء قدرتهم على التخيل أو التصور البصري والقدرة على التصور البصري هي – مبدئيًا – استدعاء ما سبق أن شوهد فعلاً.

- هذا التعريف ينفي عن المكفوف – كما هو موضح – القدرة على التصور البصري؛ نظرًا لأنه لم يسبق له أن مارس إحساسات بصرية يقوم بتركيب صورًا من هذه الاحساسات – وينطبق هذا بوجه خاص – على الأكمه الذي ولد أعمى، أما أولئك الذين فقدوا البصر بالتدرج؛ فإنهم يملكون قدرًا من القدرة على التصور البصري يتفاوت طبقًا لسن الإصابة بالعاهة ولعوامل أخرى تتعلق بغنى التجارب والخبرات التي اكتسبوها في فترة حياتهم التي عاشوها وهم يبصرون. ومع ذلك فإن هذه القدرة على التصور البصري لدى هؤلاء تزول تدريجيًا كما هو الشأن لدى المبصرين الذين يفقدون خبراتهم المبكرة بمرور الزمن؛ وتروي "دويتش" وقد ولدت عمياء؛ أن التصور البصري لم يقع لها في أحلامها؛ غير أن التصور السمعي كان يتكرر دائمًا؛ ويروي "دوماس" في أحد تقاريره أن من الأطفال من أصيبوا بالعمى بعد الولادة؛ ولكن قبل أن يبلغوا سن الخامسة من العمر؛ كانت تعرض لهم تخيلات بصرية في أحلامهم؛ ولكنه يذكر بالمقابل أن ستين طفلاً آخرين كانت إجاباتهم سلبية بخصوص التصور البصري.

ونخلص مما سبق إلى أن افتراض وجود صور بصرية في أحلام المكفوفين سيما المكفوفين بالولادة افتراض خاطئ. وأصل هذا الخطأ يرجع إلى الاعتقاد أن الكفيف يمارس نوعًا من النشاط التخيلي في أثناء اليقظة؛ وأن هذا النشاط التخيلي

يشتملُ على صور بصرية؛ وأن هذه الصور البصرية تعود أثناء النوم لتدخل في تكوين الحلم؛ وبذلك تكون الصور البصرية في تكوين الحلم من أصل بصري.

١٠- تدريبات للمعاقين بصريًّا:

تدريب المعاق بصريًا على التنقل:

- إن بعض البالغين الذين يعانون صعوبة الإبصار لا يعترفون بذلك.
- إن بعض المسنين يعانون أيضًا صعوبة السمع والحركة؛ لذا قد يستغرق وقتًا أطول بالتدريب.
- قد يشعر البعض بالتعب سريعًا؛ لعدم تعودهم القيام بأنشطة كثيرة فدرب هذا النوع ببطء وأوقف التدريب حينما يشعر بالتعب.

تدريب المعاق بصريًّا على التنقل بمرافقة دليل:

- يجب عليه تذكر الأشياء الموجودة بالمنزل أو الطريق؛ فساعده على ذلك وابدأ بالأشياء المألوفة في المنزل مثلاً.
- اطلب منه أن يمسك بذراعك فوق المرفق مباشرة ثم يمشي وراءك بحيث تسبقه بنصف خطوة لكي يستطيع تتبع خطواتك.
- إذا كنت تقود طفلاً؛ فربما احتاج إلى الإمساك بيدك.
- إذا كنت تقود شخصًا أكبر سناً؛ فربما احتاج للاستناد إلى ذراعك للدعم والإرشاد معًا.
- يجب أولا أن تقود الشخص في أنحاء المنزل؛ وأثناء ذلك قم بوصف الأشياء المحيطة بك مثل الأبواب؛ واطلب منه أن يلمسها عندئذ يتعلم رؤية الأشياء يلمسها وهذا يساعده على التنقل في المنزل.
- بعد ذلك قد الشخص للخارج، وقم بوصف الأشياء الموجودة كالسور والأشجار.
- علمه أن يدير رأسه للإنصات إلى الأصوات؛ وذلك بأن تبتعد خطوات عن الشخص، ثم تحدث إليه أو صفق بيديك واطلب منه أن يشير إلى اتجاهك ثم تحرك إلى مكان آخر وكرر التجربة، ابتعد أكثر واطلب منه أن يخمن مقدار المسافة بينكما؛ وبهذا سيتعلم مصدر الأصوات ومقدار بعدها عنه.

- شجع الشخص على التحدث إلى الناس الذين تقابلهم في الطريق وساعده على معرفة الناس بأصواتهم.
- ساعده على تعقب أصوات وروائح الأشياء مثل الحيوانات والقمامة التي يجب تفاديها أثناء المشي ولمعرفة طريقه.
- قد الشخص للسير على أرض غير مستوية حتى يستطيع المشي دون أن يقع.
- ساعده على الإحساس بالاختلافات في الرياح ودرجات الحرارة بحيث يستطيع معرفة حالة الجو ومعرفة الوقت نهارًا مثلاً عن طريق الفرق في درجات الحرارة.

تدريب المعاق بصريًا على التنقل باستخدام عصاً طويلة كدليل:

- أحضر عصًا من الخيزران أو فروع الأشجار– بشرط أن تكون خفيفة الوزن؛ ويجب أن تكون العصا مساوية للمسافة من الأرض حتى منتصف المسافة بين كتف الشخص وخصره؛ وإذا كان الشخص يمشي بخطى سريعة أو طويلة؛ فيمكن أن تكون العصا أطول قليلاً.
- عندما ما يضع الشخص طرف العصا على الأرض يجب أن يلتقي هذا الطرف بالأرض عند نقطة تقع على بعد خطوة كاملة أمامه.
- يجب أن يكون مرفقه منثنيًا قليلاً واليد في مستوى مركز الجسم؛ ويجب أن يمسك بالعصا من تحت طرفها العلوي مباشرة؛ ويجعل طرفها السفلي يمس الأرض مسًا خفيفًا.
- يمكن له أن يقرر في أي يد يجب أن يمسك بالعصا.
- درب الشخص على استخدام حركات المعصم لتحريك العصا من جانب إلى جانب أثناء المشي؛ ويجب أن تبقى الذراع واليد في مركز الجسم.
- يجب أن يلمس طرف العصا الأرض على الجانبين كليهما أمام القدمين؛ ويجب أن تكون المسافة بين مكاني لمس العصا للأرض أطول قليلاً من عرض كفي الشخص.
- بمجرد أن تلمس العصا الأرض على أحد الجانبين؛ يجب على الشخص أن يتقدم بالرجل التي في الجانب الآخر إلى الأمام.

- عندما تلمس العصا الأرض على الجانب الآخر؛ يجب أن يحرك الشخص الرجل الأخرى إلى الأمام.
- درب الشخص على إبقاء العصا بالقرب عن الأرض بحيث لا تفوتها الأشياء الصغيرة التي في طريقه.
- اشرح له أن العصا سوف تساعده على معرفة أماكن الأشياء التي قد تعترض طريقه أثناء مشيه وبهذه الطريقة يمكن تفاديها.
- عندما تلمس العصا الأشياء المختلفة؛ فإنها تحدث أصواتًا مختلفة فساعد الشخص للتعرف على الأشياء المختلفة بالأصوات التي تحدثها.
- عندما يستطيع تحريك العصا على النحو الصحيح؛ دربه على المشي باستخدام العصا وفي البداية سر أمام الشخص وتحدث إليه أثناء السير.
- ثم سر خلفه ودعه يجد طريقه باستخدام العصا؛ وتحدث إليه ولا توقفه إلا إذا تعرض لخطر الوقوع أو الإصابة.
- قد يرغب الشخص في معرفة كيف يصعد السلم، ولمعرفة ارتفاع الدرجات يجب عليه أن يتحسس بالعصا والقدمين مع استخدام الحاجز إن وجد.
- عند السير إلى جانب سور مرتفع يمكن للشخص تتبع السور بظهر يده؛ ويجب عليه الاستمرار في تحريك العصا باليد الأخرى احتراسًا من وجود أشياء في الطريق.
- إذا كانت هناك أي علامات توضح أماكن عبور المشاة فدرب الشخص على عبور الطريق عند هذه الأماكن.

تدريب المعاق على التنقل بمفرده:

- عندما يتذكر الشخص بنفسه الأشياء في المنزل أو الفناء علمه المشي في هذه المناطق دون أن يستند إليك وساعده على حماية نفسه.
- علمه المشي مع مد إحدى ذراعيه إلى أعلى؛ بحيث تكون يده أمام وجهه وبعيدة لتقي الوجه والرأس، ويمكنه استخدام اليد الأخرى والقدمين لاكتشاف أماكن الأشياء.
- صف واشرح ما حوله حتى يتذكر ما هو موجود إذا مشى بمفرده.

- قد يصطدم الشخص بالأبواب أو الجدران أو الأثاث عندما ما يبدأ المشي دون مساعدة للمرة الأولى؛ ويحميه من ذلك وضع إحدى يديه أمام وجهه.
- على الشخص أن يضع إحدى يديه أمام وجهه عندما ينحني إلى أسفل؛ فهـذا يقي الوجه من الاصطدام بالأشياء.
- ويمكنك تعليمه الاستعانة بظهر إحدى يديه؛ ليتبع حائطًا أو مائدة.
- سوف يشعر الشخص في بادئ الأمر بالوحدة حين يسير دون إرشاد منك؛ لذا كن قريبًا منه وتحدث إليه فهذا يشجعه.
- لا تترك الشخص في مكان لا يعرف عنه شيئًا دون أن تخبره أين هو ومتى ستعود.
- ساعد الشخص على معرفة الاتجاه الذي ينبغي له أن يتخذه للوصـــول إلـــى مكان معين؛ ولكي نفعل ذلك ابدأ من مكان معروف كأحد الأبواب مثلاً.

تدريب المعاق بصريًا على الاعتناء بنفسه:

الأكـــل:

- يجب على الشخص الذي يعاني صعوبة الإبصار أن يأكل كباقي أفراد الأسرة الآخرين؛ فحينئذ لا يشعر بأنه مختلف عنهم بسبب إعاقته، ولا تحاول اختيار طريقة أخرى يأكل بها إلا إذا تعذر ذلك.
- إذا كان الشخص قادرًا على الأكل دون مساعدة قبل إصابته بالإعاقة؛ فمـن السهل عليه أن يأكل بالطريقة نفسها.
- إذا كان الشخص لم يسبق له الإبصار؛ فساعده على معرفة الأنواع المختلفـة من الغذاء.
- سيكون من السهل على الشخص أن يجلس دائمًا في المكان نفسه؛ فضع دائما طبقه والأدوات الأخرى التي يستعملها للأكل في المكان نفسه في كل وجبـة حتى يعثر عليها بسهولة.
- ضع الطعام في المكان نفسه على الطبق؛ لسهولة معرفة مكانها.

الشـــرب:

- إذا كان الشخص قادرًا على الشرب من فنجان قبل أن يصاب بالإعاقة؛ فإنه يستطيع أن يشرب بالطريقة نفسها الآن.
- إذا كان الشخص طفلاً؛ فعلمه الشرب في الفنجان: بأن تضع يدك فوق يـده وتمسكا بالفنجان سويًا؛ وكيف يأخذ رشفة، ثم يضعه مرة أخرى. ساعده على ذلك عدة مرات مقللاً المساعدة في كل مرة، ثم دعه يحاول.
- وضع الفنجان في المكان نفسه كل مرة حتى يسهل العثور عليه.

الاســتحمام:

يستطيع الشخص تعلم الاستحمام بالطريقة نفسها التي يتبعها أفراد الأسرة الآخرون.

- إذا كان الشخص لا يستطيع الذهاب إلى مكان الاستحمام بمفرده ثبت خيطًا أو حبلاً يتبعه الشخص إلى مكان الاستحمام.

غسل الملابس:

- علم الشخص أن يرتدي ملابس نظيفة بعد كل استحمام؛ ومعرفة ما إذا كانت الملابس متسخة وتحتاج إلى الغسل بشمها.
- علمه كيف يغسل الملابس، وتقدير كمية الصابون المطلوبة لعمليـة غـسيل واحدة وذلك بوضع كمية الصابون بيده.
- يجب عليه عد قطع الملابس قبل غسلها وبعده حتى لا يفقد ملابسه.
- علمه أين توضع الملابس لتجف.

النظافة الشخصيـة:

- علمه كيف ينظف أسنانه من الداخل والخارج.
- علمه تمشيط شعره كل يوم.
- يجب أن يتعلم الشخص استخدام الحمام بمفرده، أمـا إذا كـان لا يـستطيع الذهاب للحمام بمفرده؛ فرتب أن يرافقه أحد إلى الحمام أو وضع خيطـا أو حبلا لكي يتبعه الشخص للحمام.
- علمه كيف يغسل يديه بالصابون كلما استخدم المرحاض.

ارتداء الملابس دون مساعدة:

- علمه معرفة الوجه الأمامي والوجه الخلفي للملابس؛ حتى يستطيع ارتداءها على النحو الصحيح.
- إذا كان الوجه الأمامي والخلفي متشابهين تقريبًا فضع علامة على الوجه الخلفي بخياطة قطعة صغيرة من القماش عليه من الداخل.
- يجب أن يكون الشخص قادرا على معرفة الفرق في الألوان بين الملابس المختلفة، فثبت بالخياطة قطعًا صغيرة من القماش بأشكال مختلفة على الملابس الملونة؛ وأخبر الشخص باللون الذي يدل عليه كل شكل؛ بحيث يستطيع اختيار اللون الذي يرغب في ارتدائه.

استخدام النقود:

- علم الشخص معرفة النقود المعدنية المختلفة عن طريق الإحساس بحجمها وشكلها ووزنها باليد.
- علمه معرفة النقود الورقية بالإحساس بمساحتها باليد وبين أصابعه.
- إذا كانت النقود الورقية متساوية المساحة؛ فتطوى الأوراق ذات القيم المختلفة بطرق مختلفة، وعلم الشخص كيف طويت الأوراق.

عن منزل الشخص:

- يجب أن يكون الشخص قادرًا على التنقل في المنزل بأمان لذا يجب أن تراعى حماية الموقد أو الفرن.
- إذا كانت بالممرات المحيطة بالمنزل أحجار كبيرة تجعل المشي فيها صعبًا؛ فيجب رفع هذه الأحجار وردم الفجوات في الممرات إن وجدت.

مدرس الأطفال المكفوفين:

ليس من الضروري أن يكون مدرس الأطفال المكفوفين ضريرًا، بل يمكن أن يكون مبصرًا والأفضل أن تكون معلمة؛ ولكن سواء كان ذلك أو تلك فإنهما تقابلهما مشاكل كثيرة منها:

١- التشبع بفكرة المجتمع عن قصور الضرير وعجزه عن المساواة بالمبصرين، وضعف إمكانات المجتمع في الوفاء بتنمية التربية الكاملة للمكفوفين.

٢- نشوء أفكار المدرس عن تصورات بصرية، لذلك يصعب عليه في البداية اصطناع التصورات السمعية واللمسية التي تغلب على تصورات المكفوفين.

٣- عدم تعود التعامل مع المكفوفين في المجتمع، فإن حياته كلها خارج مدرسة المكفوفين تتعامل مع المبصر وقد انطبعت على ذلك.

٤- احتياجه إلى مجهود كبير لتوصيل المعلومات إلى تلاميذه، وخاصة إذا لم يكن قد قسمهم من البداية حسب قدراتهم العقلية.

٥- أنه مطالب بأن يكون صبورًا غاية الصبر متحليًا بالمرح والتفاؤل وحب الأطفال مهما كانت ظروفهم وشخصياتهم.

٦- أنه قد تعلم في معهد إعداده على الطريقة العادية للتعليم ولم يدرب على الطريقة البارزة المعروفة في تعليم المكفوفين.

٧- ينقصه الكثير من الكتب والمراجع والأشرطة المسجلة والآلات الكاتبة وآلات الاختزال والأجهزة الخاصة بالمكفوفين.

٨- قد لا ينتبه أنه لفقد البصر مشاكل أخرى مصاحبة له؛ منها الحساسية المفرطة وميل الكفيف إلى استكشاف المحيط الشخصي الذي يحيط به مع كل غريب أو شخص لا يألفه، ولذلك فإن المدرس الصالح للمكفوفين هو مدرس أو مدرسة الفصل المرتبط دائمًا بالتلاميذ.

٩- تشجيع المكفوفين على التنافس لا فيما بينهم وبين زملائهم بل بينهم وبين أنفسهم؛ فيشيد المدرس بتقدم أحد تلاميذه في شيء دون أن يقلل من قيمة الآخرين.

١٠- جعل الأطفال ضعاف البصر في فصول خاصة بهم يتوافر فيها النور والأجهزة والأدوات التي تلائم ظروفهم، وبحيث يجلسون في أماكنهم حسب

قدراتهم البصرية ويجب أن تكون كتابة المدرس على السبورة بخط كبير واضح تمامًا.

١١- يجب أن تهتم الجمعيات الخيرية وآباء الأطفال المعاقين بتزويد المدرسة بحاجاتها من الأجهزة والأدوات وتحمل جزء من مسؤولية الحكومة نحو هؤلاء الأطفال، وليس ذلك غريبا فمعظم الجمعيات الخيرية في الولايات المتحدة الأمريكية وأوربا تقوم بالدور الأساسي في إعانة هذه المدارس ورعايتها، وفي مصر كانت الجمعيات الخيرية هي السابقة في رعاية المعاقين وتنميتهم.

١٢- أن يكون في كل كلية من كليات التربية بالجامعات المصرية والعربية قسم لإعداد مدرسي المعاقين في نوع التعليم الأساسي.

١٣- أن يشعر مدرسو المعاقين بالفخر؛ لأنهم يؤدون عملاً تربويًا ساميًا يؤدي خدمة جليلة للوطن والعاجزين.

١٤- يجب أن تقدر الدولة عمل هؤلاء المدرسين وتميزهم بزيادة في أجورهم بسبب طبيعة عملهم وترسلهم إلى بعثات للخارج لصقل خبراتهم.

١٥- ينبغي مكافأة كل مدرس يكتشف موهبة تلاميذه ويبذل جهوده لتنميتهم.

١١ـ الرعاية النفسية والاجتماعية للمعاقين بصريًا:

أـ الرعاية النفسية للمعاقين بصريًا:

القاعدة الذهبية للتعامل مع المعاقين عمومًا؛ المعاقون بصريًا بصفة خاصة هي قبولهم على ما هم عليه؛ حيث إن الإصرار على وصفهم بالعمي أو تعييرهم بهذا النقص لديهم يخلق عندهم إحساسًا بالمهانة والضعة؛ وهو ما يولد في نفوسهم إحساسًا بالألم؛ ويجعل لديهم أوجاعًا مناهضة للآخرين؛ وهو ما نلاحظه عادة لدى بعض غير المبصرين؛ حينما نلاحظ أنهم كثيرًا ما يقاومون الآخرين ويعترضون عليهم، وينتهجون لأنفسهم أساليب معارضة لما يتصرف به الناس.

إن الوقوف على استعدادات الطفل المعاق بصريًا يجب أن تتبعه خطوات حذرة في تفسير ما تم الحصول عليه من نتائج، والتعامل مع هذه النتائج بما تتطلبه مـن حكمة واستبصار.

ويجب أن تستخدم نتائج تطبيق المقاييس على الأطفال، بحيث تتيح لهم أفـضل رعاية ممكنة من حيث إن الطفل المبصر الذي يحصل على درجة ذكـاء معادلـة لدرجة الطفل غير المبصر يمكنه الاستفادة من معطيات الواقع المـدرك بـصريًا بأكثر مما يستطيع الطفل غير الموجه.

وهناك جانب آخر يحتاج إلى اهتمام من القائمين علـى تربيـة الأطفـال غيـر المبصرين؛ وهو الجانب الخاص بتنمية المهارات المركبة لدى هؤلاء الأطفال؛ كمـا يعتمد على اللمس لتمييز شكل الأشياء وحجمها، وينبغي أن توضع أدوات تقويميـة مناسبة للكشف عن استعدادت الأطفال المعاقين بصريًا باستخدام هـذين المحكمـين (السمع/اللمس)، ليس ذلك فحسب بل إنه من الضروري تنمية هذين المصدرين مـن مصادر المعرفة والإدراك لدى الطفل لكي يستطيع هذا الطفل أن يعالج الواقع معالجة فعالة ولكي يمكنه استثمار مدركاته القادمة إليه من هذا الطريق استثمارًا كاملاً.

أما من حيث أسلوب التعامل مع هؤلاء الأطفال فـي الحيـاة اليوميـة، فمـن الضروري كما أسلفنا قبول الأطفال على ما هم عليه؛ كما أنه من الـضروري أن تمنحهم تقديرًا إيجابيًا غير مشروط؛ أي أن نجعلهم يدركون أن لكل منهم قيمة وأن هذا النقص لا يقلل من قيمتهم.

كما يجب أن يعرف الطفل أنه بما قد حبي به من استعدادات عقلية يـستطيع أن يتفوق على المبصرين في مجالات معينة، وهذا النوع من التعامل اليومي كفيل بأن يدفع الطفل إلى النمو المتوافق داخل المجتمع.

الرعاية الاجتماعية للمعاقين بصريًا:

تمر علاقة الطفل العاجز بعدة مراحل: فهم قد ينزعجون في البداية عندما يصاب طفلهم بالعجز، ويترجمون هذا الانزعاج في أشكال متعددة مـن الـسلوك؛ حيـث

يذهبون إلى الأطباء المتخصصين أو إلى مراكز الرعاية الطبية القريبة إليهم؛ وهذا بالطبع ليس هو الحال بالنسبة لجميع الآباء. فهناك طائفة من الآباء والأمهات قد لا يتلقون إصابات أبنائهم بأمراض في العين بما تستحقه من اهتمام، وهؤلاء يجـدون أنفسهم بعد فترة معينة في موقف لا يحسدون عليه؛ حيث إن علاج أبنائهم سـوف يكلفهم الكثير؛ وقد لا يجدي العلاج كثيرًا إذا كان الإهمال جسيمًا أو مضى عليـه مدة طويلة من قبل.

على أي حال فإنه من الضروري أن تنهض الأسرة – أي أسرة – إلـى القيـام بواجبها تجاه طفلها بمجرد ظهور أي أعراض أو دلالات على وجود قصور فـي الإبصار؛ يضاف إلى ذلك أن الأسرة ينبغي أن يتعمق لديها الإحساس بأن طفلهـا الذي أصيب بعجز بصري ما، له عليها حقوق. فالأسرة بعد أن يتضح لهـا حجـم الضرر الذي أصاب طفلها تبدأ تنزعج، وقد تنفق من الجهد والمال أضعاف ما كان يمكن أن تنفقه لو أنها بذلت القليل من الاهتمام عند بدء ظهور أعراض العجز.

- والجهد الذي ينبغي أن توجهه الأسرة نحو الطفل متعدد الجوانـب ويمكـن إجماله في الصور التالية:

(١) متابعـة العـلاج:

إن كانت توجد فرصة للعلاج، أو متابعة الرعاية، إن كان في ذلك مـا يـضمن عدم تطور وتدهور الحالة.

(٢) ينبغي أن تعرف الأسرة حـدود التوافـق وأسباب سوء التوافـق الـذي يمكـن أن يتعرض له الطفل المعاق بصريًا. والجانب الوجداني يحتـاج لقـدر كبيـر مـن الاهتمام؛ وخاصة إذا كان الطفل قد وصل إلى مرحلة من العمر يـدرك معهـا حدود عجزه ومدلول هذا العجز.

الاستعانة بأجهزة الرعاية الاجتماعية المتاحة مثل نوادي الشباب وخاصة ما هو مهيأ لاستقبال المعاقين بصريًا، والسعي لدى هذه الأجهزة لضم الطفل إلى دائـرة

نشاطها بما يسمح باستيعاب طاقته وصرفها فيما يعود عليه بالنفع ربما يدفع عــن الطفل الإحساس بالعجز والحرمان من نعمة البصر.

دور المجتمع ممثلاً في الجهات التي تهتم برعاية المكفوفين. وهنا نجد أن الأمر المثير للدهشة حقيقة أن هذه المعاهد محدودة العدد في الوطن العربي عمومًا. رغم أن كل جهد أو مال ينفق على هذه الفئة يعتبر استثمارًا عائده أكبر بكثير مــن أي نفقات في أي مجال؛ ذلك أن تركهم دون رعاية سوف يجعلهم طاقة عاطلة وغيــر منتجة؛ على حين أن رعايتهم بأي نوع من أنواع التأهيل المبكر يمكن أن يجعلهــم طاقة منتجة لا يعولون أنفسهم فحسب، بل يقدمون إنتاجًا له أهميته إلى غيرهم من أبناء المجتمع أيضًا.

فهناك حـاجـات نفسية واجتماعية للكفيف:

الحاجات النفسية هي:

- الحاجة إلى الحنو والتجاوب العاطفي.
- الحاجة إلى النجاح والإنجاز.
- الحاجة إلى التقدير والمكانة الاجتماعية.
- الحاجة إلى الانتماء.
- الحاجة إلى الإحساس بالمسؤولية إزاء الغير.
- الحاجة إلى الأمن والأمان.

الحـاجـات الاجتماعيـة:

- الحاجة إلى العمل.
- الحاجة إلى تكوين علاقات اجتماعية.
- الحاجة إلى تدريب الحواس.
- الحاجة إلى اكتساب خبرات جديدة.

هنــاك أيضاً حـاجـات تـربوية للكفيف (المعاق بصـريًّا) منهـا:

- الحاجة إلى تعلم القراءة والكتابة (طريقة برايل).
- ضرورة تدريب الحواس الأخرى.
- التدريب على التنقل والتوجه.
- التدريب على الأنشطة الحياتية المختلفة.
- الحاجة إلى وسائل تعليمية خاصة تتناسب وطبيعة الإعاقة البصرية.

الفصل الخامس

الإعـــاقة السمعية

١- مـاهـية الإعـــاقة السـمعية.
٢- أســـباب الإعـــاقة السمعية.
٣- الوقاية من الإعاقة السمعية.
٤- تصنيفات الإعاقة السمعية.
٥- سمات شخصية المعاق سمعيًا.
٦- خصائص نمو الأطفـال الصم.
٧- المطـالب التربوية لخصائص نمو الأطفال الصـم.
٨- أسـاليب التواصل مع الطفل الأصم.
٩- أهداف تربية الأطفال الصم وتعليمهم.
١٠- صعـوبات الطفل الأصم في المدرسة.
١١- دور الأسرة في تهيئة الطفل الأصم للالتحاق بالمدرسة.
١٢- الرعــاية النفسية للمعاقين سمعيًا.
١٣- تدريبـــات للمعـــاقين سـمعــيًا.
١٤- حــالات مــن الإعـــاقة السمعية.
١٥- التواصل الشفهي والتواصل اليدوي للأصم.



الإعاقة السمعية

رابعًا: الإعاقة السمعية:

١- ماهية الإعاقة السمعية:

عملية السمع البشري من أعقد النظم الميكانيكية والعصبية، ويمكن لهذا النظام أن يصيبه العطب نتيجة الحوادث أو المرض أو العلاج الطبي أو بسبب الوراثة. ويمكن أن نعرّف الأشخاص الصم بأنهم أولئك الذين لا يقدرون حتى على استخدام الأجهزة المساعدة على سماع حديث الإنسان العادي؛ ومن ثم لا يستطيعون فهمه فالصمم يؤدي إلى البكم، مما يؤدي إلى انقطاع الأصم عن عالم السامعين، فيوضع في موقف عسير يجهله كل ذي إعاقة أخرى.. فالكلمة هي حاملة المعنى ومصدر الصلة بين الناس، وحينما يتناقلونها يكون تواصلهم.

إن عملية اكتساب اللغة تعتمد على قدرة الطفل على التقليد؛ فالطفل أول ما يقلد نفسه وذلك في مرحلة المناغاة، وبعد ذلك تأتي مرحلة التقليد الخارجي؛ حيث نجده يقلد الأم، ودون عملية التقليد يحرم من وسيلة مهمة تمكنه من اكتساب اللغة.

فالإعاقة السمعية تحجب الأطفال عن المشاركة الإيجابية والفعالة مع من حوله؛ فغالبًا ما يكون تعاملهم مع الآخرين يعتمد على طرق وأساليب مختلفة عن الأطفال العاديين. فهم فئة لديهم حاسة السمع قاصرة عن أداء وظيفتها، لذلك يحتاجون إلى تنمية قدراتهم على الاتصال بالآخرين والاحتكاك بالأشياء المادية في بيئتهم، ومن هذا المنطلق يعد تعليمهم مهمًا؛ لأنه الوسيلة الوحيدة الرئيسية التي تزيد ثقافتهم وتكيفهم مع العالم المحيط بهم.

- ولقد تعددت التعريفات التي تناولت الإعاقة السمعية بشقيها: الفقد التام والفقد الجزئي؛ واضعة في الاعتبار انحراف ذوي الإعاقـة السـمعية عـن أداء الطفل العادي في حاسة السمع وفهم الكلام والأصوات.
- ويذهب كل من هيوارد وأوران سكاي Orlansky & Heward (١٩٨٧) إلى أن الفقد التام أو الصمم Deafness هو عجز حسي واضح منذ الميلاد عـن استقبال المثيرات الصوتية بأشكالها المختلفة.

ولذا فالشخص الأصم لا يستطيع استخدام حاسة السمع في فهم الكـلام أو إدراك معنى الأصوات؛ وأن الفقد الجزئي أو ضعف السمع – Hard of Hearing – هو فقد جزء من القدرة السمعية؛ إلا أن الشخص الذي يعاني من هذا الفقـد يـستطيع أن يسمع الكلام وكل المثيرات السمعية الأخرى، وأن يستخدم حاسة السمع وخاصـة باستعمال المعينات السمعية، وغالبًا ما يعاني من تأخر في نمو المهارات اللغوية.

- وهناك تعريفات أخرى لكل من فتحي عبد الرحيم، وزيدان السرطاوي، وعبـد العزيز الشخص، وعبد الغفار عبد الحكيم، وأحمد إبراهيم، كلها تؤكد على أن الفقد التام أو الصمم هو الغياب الكلي لحاسة لسمع قبل تعلم الكلام واللغة.

وأن الفقد الجزئي هو غياب جزء من القدرة السمعية يمكن تعويضها عن طريق أجهزة وأدوات مساعدة حتى يتمكن المعاق من فهم الكلام المسموع.

ومن الناحيـة الطبيـة:

يعرف الأصم بأنه ذلك الإنسان الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته قبـل أن يتعلم الكلام؛ ولذلك فهو لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية وينبغي. التفريق بين الصم وضعاف السمع؛ فالأصم هو الذي لا تؤدي عنده حاسة السمع وظيفتهـا من أجل أغراض الحياة اليومية.

أما ضعاف السمع فهم أولئك الأشخاص الذين تؤدي حاسة السمع وظيفتها لديهم عن طريق آلات سمعية طبية.

ونتيجة لهذه الإعاقة يكون تعامل الإنسان الأصم مـع الآخـرين مختلفًـا عـن الإنسان السوي.

وتتكون مقومات الصوت (الفردية أو الجماعية) من الأجزاء الرئيسية الآتية:

الميكروفـون: وهو الجهاز الذي يلتقط الأصوات.

مكبر الصوت: ويقوم بعملية تكبير الأصوات التي يلتقطها الميكروفون.

السماعات: وهو تنقل الأصوات التي كبرت إلى الأذن.

يركز التعريف الطبي على أن:

الطفل هو الذي يعاني من فقدان سمعي مقداره ٩٠ ديسيبل أو أكثر؛ أما الطفـل ضعيف السمع فهو الذي يقل الفقدان السمعي عن ٩٠ ديسيبل.

التعريف التربوي:

يرى أن الطفل الأصم هو ذلك الطفل الذي تمنعه إعاقته السمعية مـن اكتـساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع باستخدام السماعات الطبية أو دونها.

أما الطفل ضعيف السمع فهو الذي يعاني من ضـعف سـمعي، إلا أن قدرتـه السمعية المتبقية لديه تؤهله لاكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة الـسمع باستخدام السماعات الطبية أو دونها.

تعريف الدكتور أحمد عفت قرشم:

الطفل الأصم هو ذلك الطفل الذي يولد ولديه عجز في القدرة الـسمعية تـام؛ بحيث يحتاج هذا الطفل لأساليب غير لغوية في اكتساب المعلومـات مثـل لغـة الإشارة، والهجاء الإصبعي وقراءة الشفاه. أما الطفل ضعيف السمع؛ فهو الـذي فقد جزءًا من قدرته السمعية بحيث يمكنه الجزء المتبقي منها من التواصل اللغوي مع الآخرين واكتساب المعلومات، بيد أنه يحتاج إلى بعض المعينات والأجهـزة السمعية المساعدة.

٢ـ أسباب الإعاقة السمعية:

هناك عدة عوامل تتسبب في الإعاقة السمعية بشتى أنواعها، منها ما يحدث أثناء الحمل، ومنها ما يحدث أثناء الولادة، ومنها ما يحدث بعد الولادة. ويمكن حــصر هذه العوامل في عاملين رئيسيين هما:

أـ عوامل وراثية:

تحدث الإصابة السمعية الناتجة عن العوامل الجينية نتيجة انتقــال حالــة مــن الحالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة؛ حيث إن هذه الحالة تحدث تغيرات في تركيب الكروموسوم؛ وهذا النوع من الصمم الوراثي يتــضمن فقدان السمع بدرجة حادة وغير قابل للعلاج. وحالات الفقد هذه تكــون مزدوجــة (تصيب الأذنين) وتتضمن عيوبًا حسية عصبية Sensorinural في الوقت نفسه إلا أن بعض حالات عدم التكوين الصحيح لعظــام الأذن الوســطى يمكــن علاجهــا بالأساليب الجراحية على أنه ليس من الضروري أن يصاب الطفل بالصم عنــدما يكون والداه مصابين به.

بـ عوامل غير وراثية:

تعددت هذه العوامل إلا أن أكثرها شيوعًا هي:

١ـ اســتخدام العقاقير:

هناك بعض العقاقير تترتب عليها الإعاقة السمعية إذا تعاطتها الأم أثنــاء فتــرة الحمل؛ ومن أهم هــذه العقــاقير Kanomycin وKeomycin وكــذلك عقــار Stereptomycin، وبعض العقاقير من مجموعة الـــ Mycin، كــذلك عقــار Thalidomide قد يسبب الإعاقة السمعية. بيد أن خطورة هذا العقار تظهر إذا ما تناولته الأم في الثلث الأول من فترة الحمل.

٢ـ الإصابة بالفيروسات:

ومن أهم هذه الفيروسات فيروس الحصبة الألمانية إذا أصاب الأم في الأشــهر الثلاثة الأولى من الحمل؛ وكذلك فيروس الجدري الكاذب، والالتهــاب الــسحائي

والتهاب الغدد النكفية والحصبة والإنفلونزا؛ وهذه الفيروسات قد تؤثر أيضًا على الطفل نفسه في طفولته وتسبب الإعاقة السمعية.

٣ـ أمراض تصيب الأذن الداخلية للأطفال:

ومن بين هذه الأمراض الالتهاب السحائي، والجديري الكاذب والبكتريا العضوية والتهابات الغدد النكفية، الحصبة والإنفلونزا؛ حيث يتسلل الفيروس عن طريق الثقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلى النسيج العصبي، ويجب على الأبوين سرعة علاج الطفل من أي نوع من أنواع الحمى.

٤ـ التخلف العقلي:

قد يتصادف فقدان الكلام أو الصمم رغم التمتع بقدرة سمعية طيبة لدى المعاقين ذهنيًا الذين لم يصل نموهم اللغوي إلى مرحلة أبعد من مرحلة المناغاة والصياح وقدراتهم على الإدراك تفوق كثيرًا قدرتهم التعبير باللغة.

٥ـ الأمراض النفسية:

قد يكون فقدان الكلام أو الصمم عرضًا من الأعراض المصاحبة لفصام الطفولة المبكرة. وفي تلك الحالة لا يتكلم المريض؛ لأن درجة انعزاله عن المجتمع قد بلغت حدًا لم يعد ضرورة للاتصال بالغير عن طريق التعبير بالكلام ولا بأي وسيلة أخرى. وقد يكون فقدان الكلام عرضًا من أعراض الهستريا؛ فقد يفقد الأطفال الهستريون صوتهم ويصبحون صمًا لأسابيع أو شهور تحت ضغط الصراعات الانفعالية الشديدة. وهناك فقد الكلام الناتج عن الضغوط الوالدية؛ فمع محاولة أولياء الأمور دفع أطفالهم إلى الكلام في وقت مبكر جدًا فهم يحثونهم على إعادة الكلمات، ويضيق صدر الوالدين تجاه عيوب أطفالهم في النطق، ويستمرون في تصحيح أخطائهم بإصرار؛ فينزوي بعض هؤلاء الأطفال تحت هذه الضغوط ويكونون اتجاهًا سلبيًا نحو الكلام؛ ويستمرون على صمتهم أو يفقدون الكلام بالفعل.

وهنا أسباب مكتسبة مثل:

إهمال الطبيب للأم أثناء الولادة أو الولادة قبل الميعاد أو السقوط من أعلـى أو الإصابة بأمراض مزمنة.

أسبـاب فطرية:

مثل إصابة الأم في الأشهور الأولى بأمراض مثل: القلب، والكتاركتا، والتهاب أغشية المخ.. إلخ.

- وتعرض الأم للحميراء.
- التعرض لمستويات عالية من الضجة لمدة طويلة.

٣ـ الوقاية من الإعاقة السمعية:

١- تحصين الأم ضد الحميراء.
٢- الإرشاد أثناء الحمل بشأن الآثار الممكنة لتعاطي العقاقير.
٣- الفحص السابق للولادة لاستبعاد عدم تجانس عامل ريسس.
٤- التطعيم ضد الأمراض الفيروسية.
٥- تخفيف مدة التعرض للضجة العالية.
٦- تثقيف الجمهور.

٤ـ تصنيفات الإعاقة السمعية:

لقد تقدمت التصنيفات المختلفة للإعاقة السمعية وتعددت، وركز معظمها علـى تقييم الإعاقة السمعية وفقًا لدرجة فقد السمع فقط؛ أما الباقي فقد ركز حسب الإصابة كما يلي:

أولاً: التصنيف حسب درجة فقد السمع:

يقدر فقدان السمع عادة بالديسيبل Decible وهو وحـدة قيـاس الـسمع مـن ١٠- ١٢ وحدة وهذا المقياس معترف به من جانب الهيئة الدولية لتقنين المقاييس. وتصنف الإعاقة السمعية حسب درجات فقد السمع إلى:

أ- فقدان سمع خفيف Slight:

وهو يقع ما بين (٢٧ـ٤٠) ديسبيل؛ حيث يفهم الطفل الكلام بعيد المصدر. ويتم عرضه على مدرسين ومسؤولين، واستخدام المعينات السمعية والتركيز على المفردات، والجلوس في مكان مناسب مع الإضاءة الكافية في الفصل؛ ومنهم من يحتاج إلى التدريب على قراءة الشفاه، وعلاج عيوب النطق والكلام.

(ب) فقدان السمع المعتدل Mild:

وهو يقع ما بين (٤١ – ٥٥) ديسبيل حيث يفهم الطفل الكلام من مسافة قريبة. ويحدث فيه نوع من التداخل أو التشويش في النمو اللغوي لدى الطفل، ويتطلب هذا النوع قليلاً من المساعدة الخاصة، وإن كان هذا الفقد لا يؤثر على الانتباه أو الذاكرة. ويمكن لأطفال هذا المستوى الالتحاق بمدارس العاديين مع مراعاة حالة الضعف لديهم.

(ج) فقدان السمع الملحوظ Marked:

وهو يقع ما بين (٥٦ـ٧٠) ديسبيل حيث لا يفهم الطفل المناقشة إلا بصوت مرتفع أو واضح وضوحًا تامًا؛ كما إنه يعاني من عيوب في النطق والكلام. وتتطلب حالات هذا المستوى مساعدات سمعية في معظم الحالات. وتحتاج كذلك إلى تدريب منزلي مكثف للاستخدام الأفضل للقدرة السمعية المتبقية؛ مع استخدام قراءة الشفاه إذا وجد الطفل صعوبات في السمع.

د- فقدان السمع الشديد Severe:

وهو يقع ما بين (٧١ـ٩٠) ديسبيل؛ وأصحاب هذا المستوى لا يستطيعون سماع المحادثات أو الكلام، ويعانون من انغلاق المدى السمعي، ولا يستطيعون فهم ما يسمعون، وذلك لنقص حظهم من الخبرة المكتسبة من التدريب الشامل في المنزل منذ السنوات الأولى في العمر؛ وهم في حاجة إلى الالتحاق بفصول التربية الخاصة.

هـ ـ فقدان السمع المتطرف Extreme:

ويصل إلى أكثر من ٩١ ديسيبل؛ حيث يشعر الطفل بالترددات الصوتية أكثر من النغمات الصوتية، ويعتمد على القناة البصرية كوسيلة اتصال، ويعاني من عيوب النطق والكلام، ويحتاج إلى تربية خاصة في كل الأوقات وذلك من خلال استخدام الطرق اليدوية العادية، واستخدام الإشارات والرموز والهجاء الإصبعي.

ثانيًا: التصنيف حسب سبب الإصابة:

أ ـ فقدان السمع التوصيلي Conductive Hearing Loss:

يحدث هذا النوع عندما تشمل الإصابة الأجزاء الموصلة للسمع كالطبلة أو المطرقة أو الركاب؛ وفي هذه الحالة لا تصل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية، ومن ثم لا تصل إلى المخ. ويمكن علاج الإصابة المسببة لهذا النوع بالأساليب الطبية.

ب ـ فقدان السمع الحسي ـ العصبي Sensorineural Hearing Loss:

ويكون نتيجة عيب أو إصابة في الأذن الداخلية أو في العصب السمعي الموصل إلى المخ؛ ونتيجة لذلك لا تصل الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية، وبالتالي لا تترجم إلى نبضات عصبية سمعية, وبالتالي لا يتم تفسيرها بواسطة المركز العصبي السمعي في المخ وسبب ذلك قد يكون وراثيًا منقولاً عن الوالدين؛ أو قد يكون نتيجة تعرض الطفل للإصابة بالحمى في مرحلة الطفولة المبكرة أو إصابة الأم بالتهابات الفيرس أثناء الحمل أو نقص الأكسيجين O٢ الذي يغذي الجنين أثناء الحمل؛ وهذا النوع غالبًا ما يصعب علاجه.

جـ ـ فقدان السمع المركب Mixed Hearing Loss:

في هذا النوع من الاضطرابات السمعي يحدث تداخل بين أعراض فقدان السمع التوصيلى وفقدان السمع الحسي العصبي؛ وتتكون حالة عبارة عن خليط من النوعين السابقين.

د- الاضطراب السمعي المركزي Central Auditory Disorder:

حيث يكون الطفل قادرًا على الاستجابة لكثير من المثيرات السمعية؛ بيد أن المركز السمعي في المخ لا يتمكن من تمييز هذه المؤثرات السمعية أو تفسيرها ويصعب علاج هذه الحالة.

٥- سمات شخصية المعاق سمعيًّا:

١- الميل إلى الانسحاب من المجتمع؛ فهو غير ناضج اجتماعيًّا بدرجة كبيرة.

٢- الميل إلى العدوان أو بعض مظاهر السلوك الجانح كالسرقة وإيذاء الآخرين.

٣- الميل إلى الإشباع المباشر لحاجاتهم؛ بمعنى أنه يجب إشباع مطالبهم بسرعة.

٤- التكيف الاجتماعي غير ناضج لدى الأطفال الصم كما تقسمها اختبارات روجرز للشخصية؛ ومقياس براون للشخصية واختبار فانيلاند للنضج الاجتماعي.

٥- العجز الواضح في القدرة على تحمل المسؤولية.

٦- التأخر في القدرات العقلية مقارنة بالعاديين بمتوسط يصل حوالي إلى سنتين في العمر العقلي.

٧- تظهر لديه الكثير من المخاوف نظرًا لصعوبة توافقهم الاجتماعي وبناء جسور الاتصال في العمر العقلي.

٨- صعوبة التعبير اللغوي؛ والبطء في تعلم القواعد اللغوية وكذلك تعلم القراءة وتدني القدرة على الكلام.

٩- التأخر في المستوى التحصيلي مقارنة بالعاديين بمقدار ٦ سنوات بيد أن ٥% منهم يستطيعون مواصلة الدراسة إلى ما بعد مستوى الصف الخامس؛ ويرتبط ذلك بعدة عوامل لعل من أهمها: درجة الإعاقة السمعية، والدافعية وطريقة التدريس، ونسبة الذكاء.

١٠- الميل إلى المهن التي لا تحتاج نوعًا من التواصل الاجتماعي كالتجارة والخياطة والأعمال الحرة الحرفية المشابهة لها.

- وهكذا يتضح أن فقد القدرة السمعية للأصم يحد كثيرًا من عــالم خبرتـــه، ويحرمه من بعض المصادر التي يكون من خلالها شخصيته وهــذا مــن شأنه أن يجعل سلوكه جامدًا، ويواجه الكثير من مواقف الشعور بعدم الأمن ويعيش في فراغ صامت لا يشعر فيه بمتعة الحياة؛ كل ذلك يــؤثر علـــى انفعالاته وتوافقه النفسي.

خصـائص نمــو الأطفــال الصـم:

أولاً: خصائص النمو الجسمي:

إذا كانت هناك بعض الدراسات التي أوضحت أنه لا توجد فروق بــين الطفــل الأصم والطفل العادي في خصائص النمو الجسمي، من حيث سرعة النمو والطول والوزن والتغيرات الجسمية المختلفة؛ فقد وُجدت فروق بين الطفل الأصم والعادي في الأدبيات التربوية في مجال التربية الخاصة؛ هذه الفروق توجد في كثيــر مــن الجوانب منها:

١ـ الجهاز التنفسي:

الأصم لديه قدرة أقل على التحكم في تدفق التنفس والــصوت، وبالتــالي فــإن الجهاز التنفسي أقل مرونة واستجابة من العادي.

٢ـ الجهاز الحركي:

الأصم يفضل استخدام اليد اليسرى والعين اليسرى بشكل له دلالته الإحصائية.

٣ـ النطق والكلام:

حاسة السمع لدى الأصم معطلة تمامًا؛ مما يترتب عليه تعطــل جهــاز النطــق والكلام لعدم استخدامه.

٤ـ الحس الإيقاعي:

الأصم له عاداته الحسية الخاصة؛ حيث إن الشخص العادي تنمو لديــه حاســة الإيقاع، وتتحسن لديه كثير مقارنة بالشخص العادي، ويعزى السبب في ذلك إلى أن المعاق لا يستطيع سماع النماذج الإيقاعية في البيئة من حوله.

ثانيًا: خصائص النمو اللغوي:

أشار هولمان وزملاؤه إلى وجود ثلاثة آثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي؛ وهذه الآثار هي:

١- عدم وصول رد فعل من الآخرين للطفل الأصم عندما ما يصدر أي صوت من الأصوات.

٢- ليس لدى الطفل الأصم إمكان لسماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلد ويكرر.

- ويشير "رضا عبد الفتاح" إلى أن الصم يعانون من عجز في مهارات الاستقبال والتعبير اللغوي؛ وبالتالي الكفاية اللغوية كما أن نموهم اللغوي متأخرًا عن أقرانهم العاديين؛ ويتصفون بالقدرة المنخفضة على القراءة والحصيلة اللغوية المحدودة.
- مما سبق يتضح أن النمو اللغوي يتأثر كثيرًا بالإعاقة السمعية، وبالتالي فإن الأصم تنقصه العديد من الخبرات التي تجعله محرومًا من معرفة نتائج أو ردود الأفعال بالنسبة للآخرين، ومحرومًا أيضًا من التعزيزات اللفظية التي يتمتع بها الشخص العادي.

ثالثًا: خصائص النمو العقلي:

تشير نتائج كثير من الدراسات إلى أن النمو العقلي لدى الطفل يكتمل جزء كبير منه خلال السنوات الخمس الأولى، وهذا يدل على أن فقدان السمع في السنوات الأولى يؤثر في النمو اللغوي للطفل؛ وهذا بدوره يؤثر على نموه العقلي.

- في حين أشارت بعض الدراسات إلى أن الاستعدادات العقلية للصم لا تختلف اختلافًا جوهريًا عن الأطفال الذين يسمعون، حيث استخدمت مقاييس للذكاء تعتمد على استخدام موارد غير لفظية؛ وهذه الدراسات تتفق مع نتائج دراسة ليوتك Luetke التي كشفت عن وجود علاقة ارتباطية واضحة بين

الصمم والذكاء؛ وإن كان الذكاء يؤدي إلى القصور في الخبرات وتأخر في النضج العقلي والانفعالي والاجتماعي.

أما عن الخصائص التعليمية للصم فيمكن إيجازها فيما يلي:

١- التأخر في التقدم العلمي عن العادي بمتوسط من ٢-٣ سنوات أي أن هنـاك فروقًا في القدرات العقلية الفعلية لدى الصم ومقار تحصيلهم الدراسي.

٢- التركيز لا يستمر فترة طويلة؛ لذلك ينبغي ربط النشاط العملي بغيـره مـن النواحي الأخرى، والاستعانة بالتجارب العملية وتبسيط الأجهـزة اللازمـة للتجارب.

٣- عدم تذكر الكلمات إلا إذا التقطت عن طريق البصر والإحساس؛ لذلك ينبغي استغلال حاسة البصر إلى أقصى حد في استنباط المعلومات المختلفة وتكرار المفاهيم للتغلب على صعوف التذكر.

٤- القصور في استخدام استراتيجيات الاستدعاء؛ والقصور في الاحتفاظ بالمدخل وتحويله من تذكر قصير المدى إلى طويل المدى.

٥- عدم التعامل مع المجردات؛ لذلك ينبغي أن تكون الخبرات المقدمة لهم متصلة بحاجاتهم وواقعيتهم.

٦- سرعة التعلم بطيئة؛ لذلك ينبغي أن يتم التعليم بجرعات صغيرة، وأن تكـون الخبرات مباشرة.

٧- قدرتهم على التحدث والمناقشة والمقارنة قليلة؛ لذلك ينبغي إعطاؤهم الكثيـر من التشجيع والتعزيز كلما تقدموا في التعلم.

٨- لديهم حب الاستطلاع واستكشاف ما يحيط بهم؛ لذلك يحتاجون إلـى القيـام بمشروعات فردية.

٩- توجد فروق نفسية وتعليمية بينهم أكثر من العاديين؛ فكل تلميذ يختلف عـن الآخر في نواحٍ كثيرة، لذلك ينبغي أن يسير كل تلميذ حسب سرعته وقدرتـه الخاصة.

رابعًا: خصائص النمو الاجتماعي:

تشير الدراسات إلى أن الإعاقة السمعية لها تأثيرات كبيرة على قدرة الأطفال على مخالطة الآخرين وتفاعلهم معهم؛ فضلاً عن أن أنماط التنشئة الأسرية تتسم بالحماية الزائدة التي تتطور إلى الاعتمادية، وإلى مستويات متفاوتة من عدم النضج الاجتماعي بالإضافة إلى عدم تحمل المسؤولية، وعدم الثقة بالنفس، والميل إلى الانطواء والعزلة والانسحاب والعجز في تكوين علاقات اجتماعية مع المحيطين بهم.

خامسًا: خصائص النمو الانفعالي:

تشير الدراسات إلى أن الإعاقة السمعية لها تأثيرات سلبية على النمو الانفعالي؛ فالمعاق سمعيًا يعاني من الاكتئاب والحزن الشديد؛ والتشاؤم أكثر من الشخص العادي ويعاني الأطفال الصم من مشكلات سلوكية سالبة كالعدوان والسرقة وإيقاع الأذى بالآخرين؛ كما أنهم يعانون من المخاوف وأكثرها ظهورا الخوف من المستقبل.

ويلخص كل من "جمال الخطيب ومنى الحديدي" الخصائص الانفعالية للمعاق سمعيًا فيما يلي:

١- التنافس.
٢- سهولة التأثر بالآخرين.
٣- التعصب لمن هم مثله.
٤- الخجل.
٥- الميل للتملك.
٦- مزاجي.
٧- عنيد.
٨- سريع الإحباط.
٩- متمرد.
١٠- سلوكه غير ناضج.

١١- متشنج.
١٢- سريع التهيج.
١٣- عدواني.
١٤- سريع التشكك.
١٥- مضطرب انفعاليًا.
١٦- غير ناضج في الجانب الخلقي.
١٧- عديم العواطف.
١٨- مُكتئب.

٧ـ المطالب التربوية لخصائص نمو الأطفال الصم:

أولاً: المطالب التربوية للنمو الجسمي:

١- تقبل الطفل الأصم لمتغيرات النمو الجسمي.
٢- استغلال جميع الحواس في العملية التعليمية والنواحي الحياتية.
٣- التدريب المستمر على التنفس لتنشيط العضلات والأحبال الصوتية لإحـداث الصوت.
٤- التدريب على قراءة الشفاه؛ وتدريب اللسان على النطق.
٥- إتاحة الفرصة أمام الصم لتدريب يديه وجسمه علـى الأسـاليب التدريـسية المختلفة.

ثانيـًا: المطالب التربوية للنمو اللغوي:

يواجه الطفل الأصم مشكلة مزدوجة؛ فإنه عليه أن يتعلم اللغة في المدرسة أولاً وهذا يستغرق الكثير من الوقت التعليمي الثمين، وبالتالي فإن تعلم المادة الدراسـية وطرائق تدريسها التي يتلقاها الطفل الأصم في المواقف التعليمية تصبح ذات أهمية ثانوية مقارنة بالأطفال العاديين. ومن هنا فإنه للتغلب على هذه المشكلة ينبغـي أن يكون لدى الطفل الأصم الاستعداد اللغوي عند دخوله الحضانة.

ثالثًا: المطالب التربوية للنمو العقلي:

١- مراعاة مبدأ تفريد التعليم والفروق الفردية بين الصم داخل الفصل الواحد.
٢- تحقيق مبدأ التكرار المستمر المقصود في المواقف التعليمية.
٣- اختيار الألفاظ المألوفة السهلة؛ وضرب الأمثلة من الحياة.
٤- الاهتمام بالنواحي العملية في المواقف التعليمية.
٥- مراعاة مبدأ التنظيم المنطقي عند التدريس.
٦- ربط ما يتعلمون من ألفاظ وغيرها بمدلولات حسية وإتاحة الزمن الأكبر للتعلم مقارنة مع العادي.

رابعًا: المطالب التربوية للنمو الاجتماعي:

١- جعل الطفل الأصم قادرًا على الشعور بالتقبل لمن حوله في الأسرة والمدرسة والمجتمع؛ وذلك لما للتقبل الاجتماعي من دور كبير في تحقيق ونمو التوازن الانفعالي؛ وضرورة أن يشعر المراهق الأصم بالاستقلال والحرية وتدعيم حق الخصوصية لديه؛ مع تجنب المواقف التي قد تخدش حياءه، أو تضع في موقف محرج؛ وعدم التدخل المتعسف من المسؤولين عن تربيته وتوجيهه في اختيار المجال المهني الذي يعده للمهنة التي يقتات منها عيشه فيما بعد.
٢- تعويده تحمل المسؤولية، وإتاحة الفرصة أمامه لممارستها حتى يتعلم كيف يخدم نفسه ويخدم الآخرين، وإتاحة الفرصة أمامه للمشاركة في مجال الخدمة العامة والخدمات الاجتماعية وتنمية ثقته بنفسه عن طريق إبداء وجهة نظره، واتخاذ قراراته بنفسه.
٣- مساعدته على تكوين علاقات صداقة مع غيره والاستقلال العاطفي عن الوالدين والكبار بوجه عام، والعمل على إتاحة الفرص أمامه للاستعداد للزواج وتكوين حياة عائلية مستقرة والاشتغال بمهنة مناسبة.
٤- العمل على تكوين قيم سلوكية لدى الطفل الأصم، وغرس اتجاهات إيجابية فيه نحو المجتمع والوطن، كما ينبغي أن يحس الطفل الأصم دائمًا بالوصول إلى مستوى الاطمئنان على الاستقلال المالي عن الآخرين، وذلك بوضعه في

المكان المناسب والعمل على حفظ جميع حقوقه؛ لأن ذلك يعمل علـى رفـع مستوى إنتاجيته وعيشته بعد ذلك.

خامسًا: المطالب التربوية للنمو الانفعالية:

- ينبغي إحاطة الأصم بجو عائلي يجعله متقبلاً لإعاقته بما يحقق ثقته بنفسه؛ ويرفع من مستوى إدراكه الذاتي.

ينبغي أن يشعر الأصم بالاحترام والحب والحنان والأمن حتى يمكـن انتـزاع أحاسيس الخوف والقلق التي تسيطر على ذاته؛ والسماح له باللعب الحر التلقـائي تحت الملاحظة من جانب معلمه الخاص، وضرورة توعية أولياء الأمور بأصـول تربية أبنائهم الصم في مراحل نموهم المختلفة.

الاهتمام بالأنشطة التعليمية والاجتماعية التي تخلق تصرفات سلوكية سليمة لدى الطفل الأصم.

وهكذا يتضح مما سبق أن تلك المطالب التربوية تؤثر بشكل كبيـر فـي بنـاء شخصية الطفل الأصم وتكاملها. بيد أنه يلاحظ أن ذلك يتوقف إلى حد بعيد علـى أساليب التواصل مع الطفل الأصم والتفاعل المـستمر بمـا يحقـق ثقتـه بنفـسه وبالآخرين.

٨ـ أساليب التواصل مع الطفل الأصم:

- تعد عملية الاتصال جوهر استمرار الحياة الاجتماعية وتطورها؛ فالحـضارة الإنسانية حافظت على بقائها وتطورها من خلال عملية الاتـصال. ونجـاح الطفل الأصم في تحقيق الاتصال الفعال مع المجتمع من حوله من الأهـداف الرئيسية من وراء تربيته؛ ومن خلال البحث على بعـض الأدبيـات التـي تناولت أساليب التواصل مع الطفل الأصم ومنها: فتحي عبد الرحيم؛ ومحمد فوزي؛ فتيحه بطيخ ومـسترلس مـان Strassman وسـكيندرمان وآخـرون Scheidermanetal وكلافام وآخرون Clapham et al؛ ومدحت سالم وأحمـد اللقانى أمير القرش؛ تبين أن أساليب التواصل مع الطفل الأصم أخذت مساحة

كبيرة من الجدل والنقاش بين القائمين على تربية الطفل الأصم؛ حيث انقسموا إلى فريقين، كل فريق يتبنى وجهه نظر وفلسفة مغايرة للفريق الآخر.

فالفريق الأول يؤيد الطريقة الشفهية OralMethod والفريق الآخر يؤيد الطريقة اليدوية Manual Method وهذا الاختلاف قد انعكس بدوره على معلمي الصم الذين انقسموا ما بين مؤيد ومعارض لكل من الطريقتين؛ ولذلك ظهرت طريقة تجمع بين كل من الطريقة الشفهية والطريقة اليدوية تسمى بطريقة الاتصال الكلي Total Communication Method وسوف نعرض هذه الطرق وأساليب التواصل مع الطفل الأصم.

أولاً: الطريقة الشفهية Oral Method:

وهذه الطريقة تؤكد على المظاهر اللفظية في البيئة، وتتخذ من الكلام وقراءة الشفاه المسالك الأساسية لعملية التواصل، وذلك من خلال تنمية مهارات القراءة والكتابة، وتنمية الجزء المتبقي من السمع خلال المعينات السمعية والتدريب السمعي انطلاقًا من إتاحة الفرص الممكنة أمام كل طفل معاق سمعيًا كي نتعلم القراءة والكتابة. وتتنوع البرامج داخل إطار الطريقة الشفهية؛ فنجد أن بعض البرامج تركز على استخدام بقايا السمع، والبعض الآخر يركز على حاسة البصر وقراءة الكلام؛ وهناك من يجمع بين استخدام بقايا السمع وقراءة الكلام معًا.

١ـ قراءة الكلام Speech Reading:

تعرف بأنها القدرة على فهم أفكار المتكلم بملاحظة حركات الوجه والجسد؛ ومن خلال المعلومات المستمدة من الموقف وطبيعة الكلام؛ ويمكن القول: إن قراءة الكلام مكمل مهم لبقايا السمع ولكنها ليست بديلة عن السمع؛ فكلما زادت درجة فقدان السمع كلما زادت حاجة الأصم إلى الاعتماد على حاسة البصر، بيد أن هناك بعض المشكلات تواجه قراءة الكلام منها ما يلي:

مشكلات متعلقة بالمتكلم:

وتشمل سرعة أو بطء حركات الشفاه والفك، وعدم استخدام المتكلم للإشـــارات وتعبيرات الوجه ولغة الجسد المصاحبة لعملية الكلام.

مشكلات متعلقة بالبيئة المحيطة:

وتتمثل عدم ملائمة المسافة بين المتكلم وقارئ الكلام، وعدم ملائمة الإضـــاءة، ووجود بعض الضوضاء ومشتتات الانتباه الأخرى.

مشكلات متعلقة بقارئ الكلام:

وتشمل وجود بعض المشكلات البصرية لدى قارئ الكلام؛ مما يشكل صـــعوبة لديه في قراءة الكلام؛ أو عدم تركيزه مع المتكلم أو عـــدم ميلـــه إلـــى موضـــوع المحادثة.

مشكلات متعلقة بطبيعة الكلام أو النطق:

وتشمل وجود عدد من مخارج الحروف لا يتم رؤيتها على الإطـــلاق أو يـــتم رؤيتها بشكل جزئي؛ فضلاً عن معدل النطق السريع ووجود بعض الكلمات التـــي تتشابه في حركة الشفاه والتي ينبغي تمييزها من خلال سياق الكلام.

٢ـ التدريب السمعي Auditory Training:

ويعتمد على بقايا السمع؛ حيث يمكن باستخدام المعينات السمعية لا ســيما مـــع التقدم التكنولوجي؛ توصيل الصوت بعد تكبيره لمستوى معين ليـــستطيع المعـــاق سمعيًا سماعه. وهناك بعض الإجراءات المهمة ينبغي اتباعها عند استخدام التدريب السمعي ومنها:

- التدريب السمعي أكثر تأثيرًا عندما يقترن السمع بالرؤية واللمس.
- ضرورة ملائمة فنيات التدريب السمعي مع قدرات الطفل السمعية.
- ضرورة البدء في استخدام التدريب السمعي عقب اكتشاف حـــدوث الإعاقـــة السمعية.

- ضرورة ارتباط الخبرات المصاحبة لاستخدام المعينات السمعية بأشياء مقبولة وذات معنى بالنسبة للأطفال الصم.

ثانيًا: الطريقة اليدوية Manual Method:

وهي طريقة لتعليم التلاميذ الصم تجمع بين استخدام لغة الإشارة وهجاء الأصابع في عملية الاتصال؛ وتشير نتائج الدراسات إلى فعالية الطريقة اليدوية في عملية الاتصال مع الأطفال الصم؛ وفي تنمية القدرات الإدراكية.

١- لغة الإشارة Sign Language:

تعد لغة الإشارة بمثابة البديل للغة المنطوقة للصم؛ وهي عبارة عن نظام يعتمد على الرموز التي ترى ولا تسمع يتم تشكيلها عن طريق تحريك الذراعين واليدين في أوضاع مختلفة. وتنقسم الإشارات إلى نوعين هما:

إشارات وصفية:

وهي إشارات لها مدلول معين يرتبط بأشياء حسية ملموسة في ذهن التلميذ الأصم، ويقوم بالتعبير عنها بالإشارة

إشارات غير وصفية:

وهي إشارات ليس لها مدلول معين يرتبط بشكل مباشر بمعنى الكلمة التي يتم التعبير عنها؛ وعندما تسأل الصم عن مدلول تلك الإشارات فإنك لا تجد أية إجابات شافية؛ ولذلك لا تملك إلا أن تستخدمها كما هي.

٢- هجاء الأصابع Finger Spelling:

حيث يتم تشكيل وضع الأصابع لتمثل الحروف الهجائية. وهذه الحروف تستخدم للتعبير عن كلمات وجمل وعبارات؛ ويتوقف تعلم هجاء الأصابع وإتقانه بمدى مرونة التلميذ الأصم وسرعته في تحريك أصابعه، وسرعته في معرفة وتخيل الحروف الهجائية التي تتكون منها الكلمة المراد التعبير عنها.

ثالثًا: طريقة الاتصال الكلي Total Communication Method:

بدأ استخدام مصطلح الاتصال الكلي لأول مرة في مدرسة ماريلاند للصم عام ١٩٦٩م؛ ويقصد بالاتصال الكلي أن لكل طفل أصم الحق في أن يتعلم استخدام جميع الأشكال الممكنة للاتصال، حيث تتاح له الفرصة كاملة لتنمية مهارة اللغة لديه في سن مبكرة – قدر الإمكان – ويشتمل على أساليب أخرى جزئية مثل: الحركات التعبيرية للطفل؛ ولغة الإشارة والكلام وقراءة الشفاه والهجاء الإصبعي... إلخ.

وتشير نتائج الدراسات إلى انتشار طريقة الاتصال الكلي؛ حيث أظهرت أن أقل درجات الاتصال قد حصل عليها التلاميذ الصم الذين التحقوا بالفصول التي تستخدم طريقة الاتصال الكلي. ونتيجة للنجاح الذي حققته طريقة الاتصال الكلي؛ فإن معظم المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية أصبحت تستخدمها باعتبارها أنها الطريقة على حد سواء.

٩- أهداف تربية الأطفال الصم وتعليمهم:

تتعدد أهداف تربية التلاميذ الصم وتعليمهم كالآتي:

١- تقليل نسبة الفاقدين من أفراد المجتمع؛ وذلك بتحويل الأطفال الصم إلى أفراد منتجين.

٢- توفير الخدمات التعليمية والتربوية والاجتماعية والصحية والنفسية للمعاق.

٣- إكساب الطفل المعاق الثقة بالنفس بتمكينه من اكتشاف قدراته ومواهبه، والبعد عن الإحساس بالخوف والخجل والدونية.

٤- إتاحة الفرصة للمعاق سمعيًا كي يتغلب على مشكلاته النفسية والاجتماعية بنفسه.

٥- إكساب المعاق سمعيًا المعلومات الأساسية التي تساعده على إشباع حاجاته.

٦- إكساب المعاق سمعيًا القدرة على الكلام المفهوم بما يمكنه من الانخراط في العمل.

7- تشجيع المعاق سمعيًا وأسرته على تقبل الإعاقة، ويتم التعامل معه في ضوء ذلك.

8- تعليم المعاق سمعيًا وسائل اتصال تعمل على التفاعل مع من حوله تحقيقًا للتكيف مع المجتمع.

أهداف تعليم التلاميذ الصم بالحلقة الأولى من التعليم الأساسي:

تضع الإدارة العامة للتربية الخاصة بوزارة التربية والتعليم في مصر أهداف تعليم التلاميذ الصم بالحلقة الأولى من التعليم الأساسي كما يلي:

1- تحقيق النمو المتكامل لجميع جوانب الشخصية: جسميًا وعقليًا وانفعاليًا واجتماعيًا.

2- تأهيل المعاق سمعيًا لأخذ دوره في المجتمع بحيث يتزود بقدر مناسب من المعرفة والثقافة والتدريب المهني بما يمكنه التكيف والاندماج مع المجتمع وعدم الانعزال عنه.

3- إكساب المعاق سمعيًا الاتجاه الموجب نحو العمل اليدوي؛ واحترام القائمين به وتقديرهم.

4- تدريب المعاق سمعيًا على مهارات التخاطب التي تمكنه من التعامل والتفاهم مع أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.

5- المعاونة في علاج الآثار النفسية التي تتركها الإعاقة السمعية وإشعار المعاق سمعيًا بالرضا والاستقرار النفسي وتقبله لإعاقته وتقبل المجتمع له.

١٠- صعوبات الطفل الأصم في المدرسة:

- عندما يلتحق الطفل الأصم بمدرسة الأمل تجابهه صعوبات كثيرة تضايقه، وتجعله ينفر من المدرسة في أول عهده بها. والواجب أن تراعى هذه الحالة بأن تهيأ نفسيًا لذلك؛ وخاصة أنه يبتعد عن أسرته فترة من الوقت؛ وتتمثل تلك الصعوبات فيما يلي:

١- خلو ذهنه من الخبرات التي يحظى بها الطفل العادي عن اسمه وأسماء والديه وإخوته وأقاربه؛ وأسماء الأشياء التي يستعملها، وأسماء الأدوات ومحتويات الفصل التي تبدو غريبة غير مألوفة.

٢- عدم التآزر بين السمع المفقود والبصر الموجود؛ فالصور التي يراها لا معنى لها؛ وليس لديه تفسير لها؛ ولا يعرف أن يصنعها من المحسوسات الأخرى.

٣- معيشته في عالم من السكون يجعله لا يتصور وجود عالم تكون الأصـوات عناصر مهمة في تكوينه وضرورية للتعامل معه.

٤- عدم فهمه لحركات الشفاه عند المتكلمين وأسبابها؛ بل وقصوره عـن فهـم حركات الطبيعة التي تعبر عنها بأصوات مألوفة وحركات ظاهرة لدى ذوي السمع السليم.

٥- خوفه من الآخرين، لأنه لا يفهمهم ولا يفهمونه، وعدم قدرته على التجـاوب معهم والاشتراك الايجابي في نشاطهم

٦- افتقاد التعاطف الوجداني بسبب حرمانه من الملاحظات الكلامية والأغـاني الموحية والأصوات الحنونة والموسيقى، مما يجعل حياته جافـة ومتـوترة وخالية من الهزات الانفعالية.

٧- صعوبة التعلم لديه بسبب طبيعة التعليم الإنساني القائمة على ارتباط السـمع بالبصر؛ وعدم اكتسابه القدرة اللفظية التي توفر الجهود وتقرب المعاني التي هي مادة التعليم.

٨- اقتصار خبرته على المحسوسات الجزئية المرتبطة ببعض حواسه الـسليمة وبحياته العملية اليومية الصامتة.

٩- نقص القدرة على إدراك الرموز والمعاني الكلية مثل: خانات الأعداد والنسبة المئوية؛ لأنها ليس لها مكان في حياته الحسية والذهنية.

١٠- شعوره بالنقص؛ إذ لا يسعه مجاراة إخوته في نشاطهم ومرحهم واستبعادهم إياه من بعض ألعابهم دون أن يدرك سبب هذا النقص.

١١- لهذا كله يجب أن يكون المنزل هو المهيئ له لتقبل التعلـيم بمـا يقدمـه مـن معلومات حسية ويومية وخبرات يمارسها مع أفراد الأسرة دون قصد أو تكلف.

١١- دور الأسرة في تهيئة الطفل الأصم للالتحاق بالمدرسة:

من أجل تخفيف بعض صعوبات الطفل الأصم في المدرسة يحسن بنا الإشارة إلى بعض الحقائق التي يمكن التعامل معها. فمثلاً يحس الطفل الأصم بإحساسات باطنية كالجوع والعطش والألم والنوم والراحة والرغبة في الإخراج، كما يحس أيضًا بالرغبة في النظافة واللعب والانطلاق والصحبة والتمتع بحرارة الشمس في الشتاء وبالظل والاسترخاء في الصيف.

وكذلك يميل إلى أن يحب الآخرين وأن يتلقى الحب منهم؛ فهو إنسان لديه جميع الدوافع والحوافز والميول والحاجات التي لدى كل شخص عادي، ولذلك فإن الطفل الأصم يكتسب أثناء طفولته تأثيرات كثيرة يستجيب لها في حدود إدراكاته منتظرًا أن يحس ممن حوله بردود فعلهم على نشاطه، فيقوم بتعديل سلوكه لكي يتجاوب معهم ويحظى برضائهم؛ إذ يرى في وجوههم مظاهر القبول والتشجيع أو الرفض والتثبيط.

ومن هنا، فإن حصيلة الطفل الأصم من الخبرات قبل التحاقه بالمدرسة تكون لا بأس بها ومشجعة على بداية تعليمية القيم الحضارية والثقافية لمجتمعه مثل: قراءة الشفاه، والإشارات، والقراءة والكتابة، والعلوم المطلوبة في المجتمع.

ولكي تقوم الأسرة بواجب إعداده (الطفل الأصم) للالتحاق بالمدرسة ومواصلة الدراسة بنظام ينبغي لها أن تراعي ما يأتي:

١- ألا تنزعج الأسرة وتضطرب حياتها لاكتشافها طفلاً أصم بين أبنائها.
٢- أن تواصل حياتها في هدوء واطمئنان وإذعان للأمر الواقع دون تذمر أو غضب.
٣- أن يتفق جميع أفراد الأسرة على طريقة التعامل مع الطفل دون مبالغة في الشفقة أو تحميله مسؤولية عاهته؛ أو العهدة به لإحدى أخواته للعناية به.
٤- أن يكلف كل طفل في الأسرة بعمل يومي يكون مسؤولاً عنه، كل على قدر طاقته؛ بالإضافة إلى واجبه نحو نظافته وترتيب أدواته والعناية بملابسه.

٥- عدم الصراخ لإسماع الطفل الأصم، وبداية تدريبه على قراءة الشفاه عن طريق مواجهته، ومحاولة استغلال قدراته على المحاكاة في القيام بالأعمال الضرورية التي لا بد من القيام بها بنفسه مثل: غسل وجهه، وتمشيط شعره، ولبس ملابسه النظيفة بعد خلع المتسخة منها ووضعها في المكان المعد لذلك.

٦- تعويد الطفل الأصم الاعتماد على نفسه؛ وذلك بتكليفه ببعض الأعمال الضرورية الخاصة به مثل: إعداد المائدة لطعامه ورفعها، وغسل الطبق الذي استعمله، والكوب، والملعقة، وتنظيف المائدة؛ وكذلك غسل جوربه ومنديله والعناية بنظافة أسنانه وترتيب سريره.

٧- إذا تشاجر الطفل الأصم مع أي من إخوته أو أبناء الجيران ينبغي الفصل بينهما في هدوء ودون تحيز لأحدهما. وينبغي الحرص على عدم ضربه أو القسوة عليه، وخاصة من الأب الذي قد يخفي رغبة لا شعورية في الانتقام من القدر في شخص ابنه الأصم.

٨- يجب أن نؤكد على إخوته عدم تعييره بصممه أو الانتقاص من قيمته أو حرمانه من لعبة بعد أن يشترك فيها؛ أو خطف لعبة من يده وهو مقبل عليها.

٩- اختيار اللعب التعليمية التي يمكنه عند اللعب بها إدراك بعض المعاني مثل "البلي" يتكون من مجموعات كل منها ذات لون مختلف ولها علبة خاصة بحيث يستطيع عن طريقها تعلم العدد والجمع والطرح والقسمة؛ ومثل العداد الخشبي الصغير والسبورة ذات الحامل الذين يمكن نقلهما إلى أي مكان.

١٠- اشتراكه مع إخوته عندما يستذكرون دروسهم؛ رغم أنه سيكتفي برؤية الصور والأشكال؛ ولكن ذلك سيشوقه للذهاب إلى المدرسة مثلهم.

١١- إعطاؤه مصروفاً مثل إخوته وملاحظة كيف أنفقه وماذا تبقى معه.

١٢- مرافقته لإخوته عند ذهابهم للمدرسة ورجوعه مع من يصحبهم إليها.

١٣- نقل روح المدرسة إلى البيت؛ وذلك بأن يقوم الأب أو الأم بدور المدرس عندما يساعد أبناءه على استذكار دروسهم بالاستعانة بسبورة وبعض الوسائل التعليمية الصوتية والبصرية الممكنة.

١٤- تدريب حواسه السليمة وتطويع التعليمات المعطاة له؛ بحيث يمكنه استيعاب المعاني المطلوبة بتلك الحواس مع الصبر وعدم اليأس عند الفشل في المرات الأولى.

١٢ـ الرعاية النفسية للمعاقين سمعيًّا:

ما أنواع الرعاية النفسية التي يمكن تقديمها للمعاقين سمعيًا وكيف يمكن تقديمها؟

إن ضعيف السمع أو الأصم شخص لا يدرك سماع حديث الآخرين، وإن كان بقدر من التدريب يمكن للشخص الأصم التعرف من خلال حركة الشفاه على ما يدور أمامه من نقاش.

وبصرف النظر عن قدرته على السمع أو قدرته على إدراك معنى الأحاديث التي ينطق بها الآخرون؛ ومع افتراض عجزه عن السمع أو عن تمييز الأصوات فإن الأصم قد منح قدرة بصرية يمكن أن تعوضه عن فقد السمع.

وأول ما ينبغي توجيهه من خدمة نحو الأصم هو تعليمه الكلام من خلال المعاهد المعدة لذلك. وتوجد في مصر وحدات بحوث ودراسات وعلاجات التخاطب اللفظي يمكنها أن تنهض بهذه الخدمة. أما إذا كانت قد أتيحت الفرصة لتعليم الطفل الكلام، أو كان ضعف السمع عنده أو انعدامه قد حدث بعد أن تعلم الكلام؛ فإن تعبيره عن نفسه قد يساعده على حل مشكلاته، والإفصاح عما يعترضه من مشكلات.

وأول خدمة تقدم لهذا المعوق هو جعله قادرًا على قبول ذاته وقبول عاهته؛ كما أن هذا النوع من الأفراد المعوقين ينبغي أن يؤهل للأعمال المناسبة له؛ فليس يعقل أن يدرب أو يؤهل أو يوجه شخص ضعيف السمع لمجال يحتاج فيه أساسًا إلى هذا النوع من وسيلة الاتصال.

كذلك فإن المجتمع يجب أن يتلقى هذا الشخص بالتقدير الإيجابي غير المشروط كمواطن له جميع حقوق المواطنين؛ بل ويزيد عليهم حق آخر هو حق تقديم الرعاية لهم.

١٢ـ تدريبات للمعاقين سـمعيًّا:

تـدريب الطفل الأصم على الكـلام:

مع ملاحظة أن ما سبق ذكره هو إدراك ما يقال وفهمه عن طريق ملاحظة وجه المتكلم؛ وهذه تسمى قراءة الشفاه. أما المرحلة الثانية فهي تعليم النطـق والكـلام؛ وفي هذه المرحلة يجب ملاحظة ما يلي:

- تلقائية الطفل في إخراج صوته.
- قدرته على تقليد بعض الكلمات بملاحظة حركات الشفاه .

ومن الملاحظ أن الأطفال يكونون مجموعتين هما:

المجموعة الأولى:

وهي تستمر في إخراج أصواتها حتى بعد سن السنتين.

المجموعة الثانية:

يلاحظ أنها عندما تصل إلى سن سنتين تقريبًا تقل من إخراج أصواتها ويصيبها السكوت؛ أما الأطفال الذين يحدثون أصواتًا لها نغمات مقبولة فهؤلاء بهم بقية من سمع في الغالب. وقد أثبتت التجربة في كثير من الحالات أن الطفل الأصم الذي لم يبلغ الثالثة إذا تعاونت معه أمه؛ فإنه يتحسن وقبل أن يصل إلى سن الرابعة فإنـه يقدر على التحكم في صوته كما يصل إلى الدرجة التي تمكنه من الكلام بـصوت مقبول ونطق واضح؛ وإن كان صوته في الغالب يكون غير طبيعي.

التدريب الصوتي:

الغرض الأساسي من التدريب الصوتي للطفل هو تشجيعه على إخراج صـوته؛ وذلك بالطرق الآتية:

- أظهر دائمًا استجابة واستحسانًا لصوته؛ وذلك بابتسامة أو هز الـرأس؛ أو ما يشعر الطفل بأنه صوته قد أعجبك.

- استجب بسرعة لنداء الطفل أو صيحاته عندما يحاول جذب انتباهك بسرعة لرغباته؛ وليس معنى ذلك تشجيعه على الصياح دون غرض، بل يجب أن يعامل مثل أي طفل آخر يتحدث. ويجب على المدرس أن يتحدث إلى الطفل الأصم عندما ما يكون متطلعًا إليه وذلك في المواقف التي يتحدث فيها إلى الطفل الأصم. وإذا كان الطفل به بقية من سمع فيتحدث إليه بصوت مرتفع بالقرب منه عندما يكون ناظرًا إليه؛ ولكن لا يصيح في وجهه.
- اشترك معه في اللعب وخاصة فيما يدعوه ويشجعه على التكلم واستجب لطلباته.
- شجع إحساسه بالنغمة التوقيعية؛ وذلك بالنقر أوْ حركة اليد على النغمة؛ فإن ذلك يساعد كثيرًا على التوقيت أثناء الكلام ويعوضه بعض ما فقده نتيجة قصوره السمعي.
- شجع الطفل على أن ينادي وهو على بعد. وأن ينتظر من الإنسان أن يتكلم إليه من بعد كذلك؛ فكثيرًا ما نجد بعض الآباء يحاولون وراء الطفل ليتحدثوا إليه عن قرب ولكن مثل هذا العمل غير مرغوب فيه.
- ويمكن تلخيص ما سبق في أنه قبل البدء في تعليم الطفل الأصم قراءة الشفاه على هيئة دروس أن يسبق ذلك جعل الطفل في حالة استعداد وتقبل لها؛ فكما أن الطفل السوي يستجيب للكلام؛ ويمر بمرحلة الإعداد قبل أن ينطق به فعلاً؛ فكذلك الطفل الأصم يمر بمرحلة مماثلة قبل أن يبدأ في قراءة الشفاه والنطق. ويمكن الاستفادة مما درسناه عن خصائص الأطفال الأسوياء والأطفال الصم عند البدء في التدريب على قراءة الشفاه، وخاصة في المرحلة التي يبدأ فيها الطفل التطلع للوجوه.
- ويمكن تلخيص مراحل تعلم قراءة الشفاه بالنسبة للطفل الأصم في ثلاث مراحل هي:

مرحلة التطلع إلى التوجه:

الطفل الأصم تحتم عليه ظروفه أن يقلِّب وجهه في وجوههم للتعـــرف علـــيهم ودراسة ما يعملونه وما يقولونه؛ وهذه المرحلة تعطي المدرس فرصًا كثيرة للبـــدء في تعليمه قراءة الشفاه. وفي هذه المرحلة الأولى يجد الطفل في الغالب أن حركات الشفاه غير واضحة وغير مفهومة جيدًا؛ ولكنه سيتأثر بما يظهره المـــدرس مـــن عاطفة نحوه. وكلما كان الأثر طيبًا في نفسه؛ شجعه ذلك على التطلع إلى وجهه.

مرحلة الربط:

وهذه المرحلة لها قيمة كبيرة وهي مرحلة بدء الفهم، وفيها يربط بين ما يـــراه على الوجه من تعبير وبين الموقف؛ وهذه المرحلة لها قيمة كبيـــرة فـــي تكـــوين العادات التي تضع أساس قراءة الشفاه.

مرحلة الفهم المعنوي:

وهي مرحلة الفهم المجردة، وهذه المرحلة لا تعتمد على مواقف يراها الطفـــل أثناء التحدث إليه كأين أصابعك ؟ أين الحذاء؟ إلخ. دون أن نوجه نظرنا إلى الشيء نفسه مكتفين بالكلام فقط وقد أثبتت التجارب أن الأطفال الذين ولدوا صمًا أو شبه صم إذا بُدئ في تدريبهم على قراءة الشفاه في سن تسعة أشهر إلى سن ١٨ شهرًا يمكنهم تعلم قراءة الشفاه ومعرفة النطق الصحيح.

ويمكننا أن نقول إن الطفل الأصم يكون على استعداد للكلام عندما:

- يبدأ في ملاحظة من يتحدث إليه.
- يبدأ في قراءة الشفاه أي فهم ما يقال – مرحلة قراءة حركات الـــشفاه وفهـــم معناها.
- يخرج صوته وينطق بعض كلمات قليلة من تلقاء نفسه؛ مرحلة تعلم النطـــق والكلام.
- يكون له ميل اجتماعي ويرغب في الاتصال بالغير.

١٤- حالات من الإعاقة السمعية:

١- إنسان يجد صعوبة في السمع أو الكلام:

الأشخاص الذين يجدون صعوبة في السمع أو الكلام يصعب عليهم التواصل مع الآخرين؛ والتواصل هو تبادل المعلومات والتفاهم بين الناس. وقد يكون التواصل أن يتحدث أحد الأشخاص، بينما يستمع إليه الشخص الآخر ويتفهم كلماته.

أو يقوم أحد الأشخاص بكتابة كلمات ويقرؤها الشخص الآخر، أو يقوم أحد الأشخاص بأداء حركات بيديه أو بوجهه للإدلاء بمعلومات يفهمها الشخص الآخر.

ويستعمل معظم الناس هذه الطرق جميعًا في تواصلهم، ولكن التكلم والاستماع الأكثر استعمالاً.

ولذلك يصعب على الأشخاص الذين يجدون صعوبة في السمع أو الكلام أن يتواصلوا مع الآخرين سواء في محيط الأسرة أو في المجتمع.

قد يجد الإنسان صعوبة نتيجة لأحد الأسباب التالية:

- أن يكون قد ولد مصابًا بصعوبة السمع.
- أن يكون قد أصيب بمرض سبب صعوبة في السمع.
- أن يكون قد حدثت برأسه أو بإذنيه إصابة سببت له صعوبة السمع.

الإنسان الذي لا يمكنه سماع أية أصوات لن يبدأ بالكلام والإنسان البالغ الذي كان قادرًا على الكلام قبل أن يصاب بصعوبة السمع يظل قادرًا على الكلام؛ ولكن سيقل كلامه بسبب عدم فهمه لما يدور حوله.

قد يستطيع الإنسان أن يسمع، ولكنه يجد صعوبة في التكلم نتيجة لمرض. قد يجد الإنسان صعوبة في تذكر الكلمات، كما قد يجد الإنسان صعوبة في فهم بعض الكلمات عندما ما يتحدث إليه الآخرون.

عليك بتجربة طرق مختلفة للتواصل مع الإنسان؛ واترك له وقتًا كافيًا لكي يتكلم حتى يعرف ما إذا كان يتذكر الكلمات.

٢ـ إنسان بالغ يجد صعوبة في السمع؛ ولكنه يستطيع الكلام:

إن الإنسان الذي يفقد السمع لا يسمع كلام نفسه، ولذلك قد يبدو صوت كلامـه مختلفًا فيكون مرتفعًا أو منخفضًا أكثر من اللازم، وقد يتفوه بكلمات غير صحيحة ويمكنك مساعدته على التكلم بوضوح.

على سبيل المثال: إذا كان يتكلم بهدوء شديد ضع يدك خلف أذنك لتريه أنك لا تسمع، وإذا كان يتكلم بصوت صاخب ضع يديك على أذنيك.

لا يستطيع الإنسان أن يفهم كل كلمة نقولها بلغة الشفاه؛ وذلك لتشابه حركـات الشفتين في بعض أصوات الكلام، على سبيل المثال كلمتي بابا – ماما.

تحدث إلى الإنسان عن الأحداث التي تهمه:

يجب على أفراد العائلة والأصدقاء التحدث إلى الإنسان مثلما كان يحدث قبل أن يفقد حاسة السمع.

إذا كان الإنسان يستطيع القراءة فبإمكانك التواصل معه بكتابـة المعلومـات أو بهجاء الكلمات بأصابعك.

استخدام حركات الوجه واليدين والجسم عندما تتحدث إلى الإنسان لمساعدته في فهم ما تقول كما تساعده في استخدام لغة الشفاه.

عندما يستخدم الإنسان يديه لإحداث حركات خاصة تعنـي كلمـات أو أفكـارًا محددة فإنه يستعمل لغة الإشارات.

٣ـ إنسان يجد صعوبة في السمع ولم يتعلم الكلام:

يجب أن تعلم الطفل التواصل؛ أي أن يفهمك الطفل وتفهمه، فـبعض الأطفـال يجدون صعوبة في السمع، ويمكنهم سماع بعض الأصـوات المرتفعـة والـضجة العالية؛ لذا علمه استخدام حركات اليدين والوجه والجسم في التواصل.

- حتى يتعلم الطفل التواصل يجب أن يكون راغبًا في التواصل مع الآخـرين. وسوف تتوافر هذه الرغبة لدى الطفل إذا تبين له أنك تحبـه وترغـب فـي التواصل معه.
- احتضن الطفل؛ فذلك سوف يظهر للطفل أنك تحبه.

- عندما تتكلم مع الطفل تأكد من أنه ينظر إلى وجهك ليرى تحركاته ولا سيما الشفتين.
- شجع الطفل على أن يعرفك بما يحتاج إليه. فعلى سبيل المثال أشر إلى الكوب عندما تعطيه مشروبًا؛ ثم أوضح للطفل كيف يشير إلى الكوب أو يأتي بحركة معناها كوب.
- يجب أن يستخدم أفراد الأسرة حركة جسمية معينة تكون ذات دلالة على أشياء معينة:
  - تسمى هذه الحركات اليدوية الخاصة إشارات.
  - تسمى مجموعة الإشارات المستعملة في التواصل لغة الإشارات؛ وفي بعض البلاد يستعمل جميع الأشخاص الذين يعانون من ضعف السمع لغة موحدة للإشارات في اتصالهم.
- يجب على الكبار والأطفال التواصل مع الطفل بواسطة الكلام مع ممارسة حركات الجسم أو الإشارات في الوقت نفسه.
- قد يحتاج الطفل إلى رؤية الإشارة تستعمل مرات عديدة قبل أن يتفهم معناها وسوف يبدأ بعد ذلك في استعمالها.
- بينما يتعلم الطفل ما تقوله بواسطة الإشارات يمكن أن يتعلم أيضًا بعض الكلمات التي تقولها أثناء الكلام. وعندما يعرف الطفل ما تقوله عن طريق رؤيته حركات وجهك وفمك يكون في هذه الحالة قارئًا للكلام أو قارئًا للشفاه.
- اجلس مع الطفل في مكان هادئ، وفي البداية ساعده على قراءة الشفاه لكلمتين أو ثلاث فقط، وتأكد من اختلاف حركة الشفتين مع كل كلمة تقولها مثلاً: كرسي – كوب.

تأكد من أن الطفل ينظر إلى وجهك عندما تتكلم

- بعد ذلك قل للطفل (أين الكوب؟) وأعطه وقتًا ليجيب، وإذا لم يشر الطفل إلى الكوب فكرر السؤال ثم ساعده ليشير إليه؛ ثم اتبع الخطوات مع الكرسي.

- أطلب منه وضع الكوب على الكرسي، ثم اطلب منه إعطاء الكوب لأحـــد الأشخاص.
- عندما يتعلم الطفل الإشارات ولغة الشفاه فربمـــا يبـــدأ بمعرفـــة أســماء الأشخاص والأشياء.
- وفي وقت لاحق يتعلم الإشارات وكلمات لوصف الأشياء.
- شجع الطفل على إحداث الأصوات المتماثلة مع صوت الكلمة التي يحاول النطق بها.
- يمكنك تشجيع الطفل على إحداث الأصوات بمـــساعدته علـــى الإحـــساس بذبذبات الصوت. والذبذبات هي الحركات الصغيرة التي تشعر بها في أنفك أو رأسك أو صدرك عندما تصدر صوتًا مثلاً عندما تقول ميمًـــا – نونًـــا؛ والقدرة على الشعور بهذه الذبذبات تساعد الطفل على إحـــداث الأصـــوات والبدء بفهم ما هو الكلام وبالتالي على النطق.
- لكي تساعد الطفل على الإحساس بالذبذبات ضع يديه على أنفك أو خـــديك أو حلقك أو صدرك عندما تتكلم، واجعله يشعر بالذبذبات في هذه المواضع أثناء كلامك.
- والآن ضع يدى الطفل على هذه الأماكن نفسها في جسمه علـــى التـــوالي، وعلمه كيف يُحدث أصواتًا ويحس بذبذباتها.
- تشجع الطفل على محاولة النطق ولا تجبره على محاولة الكلام.
- حاول أن تساعده على تعلم كلمات يحتاج كثيرًا لاستعمالها.
- يجب أن يراك الطفل وأنت تنطق جملاً حتى يتعلم كيف يتواصل بالجمل.
- يمكنك مساعدة الطفل على تعلم الكلمات والربط بينهما إذا دخلت معه فـــي محادثة.
- إن استعمال الإشارات مع الكلام ومع لغة الشفاه سوف يساعد الطفل وأفراد الأسرة على التواصل بكل سهولة.

طفل يجد صعوبة في الكلام والحركة ولكنه يسمع:

كيف تدرب الطفل على التواصل؟

إن الطفل الذي يستطيع نطق الكلمات بوضوح قد تكون لديه صعوبة تحريك ذراعيه وساقيه؛ وقد يجد هذا الطفل صعوبة في تحريك الفم واللسان والوجه والرأس ولهذا السبب يجد صعوبة في نطق الكلمات بوضوح.

ومعظم الأطفال الذين يعانون هذه الإعاقة يستطيعون السمع؛ فهم يسمعون ويتعلمون الكلمات ولكنهم لا يستطيعون نطقها بوضوح.

- إذا كان الطفل لا يستطيع الجلوس دون مساندة فضع وسادات حوله.
- قد لا يستطيع طفل أن يحتفظ برأسه في وضع رأسي أثناء جلوسه، وهذا الطفل قد يقدر على ذلك عندما يستلقي على بطنه ويستند إلى ذراعيه.
- إن الطفل الذي يعاني صعوبة تحريك ذراعيه وساقيه قد يجلس وجسمه في وضع انحناء أو التواء، فساعده على الجلوس في وضع معتدل ما أمكن مع استقامة الرأس.
- إن الطفل الذي يجد صعوبة في تحريك الأطراف والرأس والفم قد يجد صعوبة في الأكل والشرب أيضًا؛ وفي هذه الحالة ابدأ بتدريبه على أداء تمرينات للرأس والفم. اطلب من الطفل أداء التمرينات الآتية برأسه:
  - اطلب منه أن يرفع رأسه إلى الأعلى وينظر إلى الأمام.
  - ثم يدير رأسه من جنب لآخر.
  - ثم يحني رأسه من ناحية لأخرى.
- إذا وجد الطفل صعوبة في أداء هذه التمرينات فيمكنك مساعدته بوضع يديك على جانبي رأسه.

اطلب من الطفل أداء التمرينات التالية بفمه:

- اطلب منه أن يبقي رأسه معتدلاً ما أمكن، وأن يفتح فمه مع إبقاء اللـــسان داخله.
- ثم يغلق فمه بإحكام.
- اطلب منه أن يحتفظ برأسه معتدلاً ما أمكن، ثم يفتح فمه ويدفع بلسانه إلى الخارج في وضع مستقيم.
- ثم يدخل لسانه في فمه ويغلقه.
- اطلب منه أن يفتح ويخرج لسانه ثم يحرك اللسان من جانب لآخر.
- ثم يحرك اللسان إلى أعلى وإلى أسفل .
- ثم يدخل لسانه في فمه ويغلقه.
- اطلب منه أن يبقي رأسه في وضع معتدل ما أمكن، ثم يطبق شفتيه وينفخ.
- ويمكنك أن تمسك بقطعة من الورق في يدك بحيث يـــتمكن الطفـــل مـــن تحريكها بالنفخ.
- كما يمكن أن تطلب من الطفل أن يطفئ شمعة بالنفخ.
- في البداية ضع الورقة أو الشمعة قريبة من فم الطفل؛ وعندما ينجح بالنفخ حركها بعيدًا عنه؛ حتى ينفخ بمزيد من القوة.
- اطلب من الطفل أن يبقي رأسه معتدلاً ما أمكن، وأن يطبق شفتيه ويمص.
- ضع قشة أو قصبة جوفاء في كوب من الماء أو العصير ودع الطفل يحاول الشرب بواسطة المص.
- إذا كان الطفل قادرًا على أداء تمرينات الرأس والفم، فيمكنك أن تطلب منه إحداث أصوات معينة.
- الأصـــوات دا – ما – با؛ وشجعـــه علـــى تكرارهـــا وبطـــرق مختلفـــة: بابا – ماما – مابا – باما.
- اطلب من الطفل أداء الأصوات آ – إي – أو.

- دع الطفل ينظر إلى وجهك وفمك عندما تحدث الأصوات، ثم اطلب منه إحداث الحركات نفسها بالفم حتى يمكنه أداء هذه الأصوات.
- اختر الكلمات التي يسمعها الطفل كثيرًا؛ ويجب أن تكون كلمات قصيرة وسهلة النطق.
- حاول أن تواصل ذلك إلى أن يستطيع الطفل الكلام ويستطيع الناس فهمه.
- يستعمل بعض الأشخاص الذين لا يستطيعون السمع أو الكلام حركات خاصة باليدين للتواصل، ويسمى ذلك لغة الإشارة.
- وإذا كان الطفل يستطيع تحريك رأسه ويديه وذراعيه بسهولة فيمكنه استعمال الإشارات للتواصل.

١٤ـ وإليك عزيزي القارئ التواصل الشفهي (قراءة الشفاه) والتواصل اليدوي (الإشاري) للأصم.

أولاً التواصل الشفهي: (قراءة الشفاه)

(١) حرف (أ)

مثال: أسعد – أدهم – الرجل – هاجر – أولئك.

شكل الفم: في حالة النصب يلاحظ الفم يكون مفتوحًا بشكل واسع.

وفي حالة الكسر يغلق الفم قليلاً عنه في حالة النصب.

- وفي حالة الضم فإن الشفتين تتزويان من جهة الشفتين، ويظل اللسان على وضعه كما هو، ويظهر بروز الشفتين:

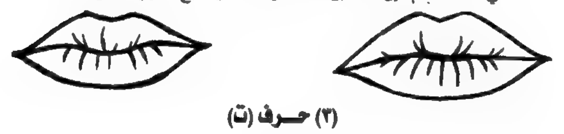


(٢) حــرف (ب)

مثال: باسم – بوجي – عبير.

شكل الفم: تكون الشفة مغلقة بشكل طبيعي عندما يكون الوجه هادئًا.

- في حالة النصب تنفرج الشفتان قليلاً وتدفع هواءً يوضح صوت الحرف.
- في حالة الكسر يقل انفراج الشفتين قليلاً.
- في حالة الضم فإن الشفتين تجتمعان معًا لتوضيح صورة الحرف.

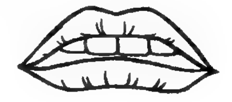


(٣) حـــرف (ت)

مثال: تبوك – تاج – توت – يتيم.

شكل الفم: يلمس اللسان اللثة؛ ويلامس الأسنان العلوية من خلفها، والشفتان تكونان في وضع ضيق.

- في حالة النصب يكون نفس وضع الشفتين الضيق.
- في حالة الكسر يكون الوضع السابق نفسه.
- في حالة الضم تتحرك الشفتان قليلاً بحيث تتقاربان.



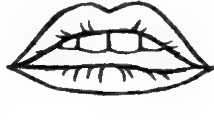


(٤) حــرف (ث)

مثال: ثور – ثالث – ثلث – ثيران.

شكل الفم: مقدمة اللسان بين الأسنان.. أما الشفتان فانفتاح عاديّ قليل..

- في حالة النصب انفتاح عاديّ على الشفتين؛ ووضع اللسان نفسه بين الأسنان.
- في حالة الكسر الوضع نفسه في حالة النصب.
- في حالة الضم تتكمش الشفتان قليلاً مع شكل اللسان نفسه بين الأسنان.





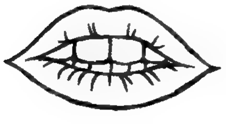
(٥) حــرف (ج)

مثال: جمال – جماد – جوده – جيران.

شكل الفم: يأخذ الفم الوضع البيضاوي مع بروز الشفتين.

- في حالة النصب يلاحظ أن وضع الفم يأخذ أيضًا الشكل البيــضاوي مــع بروز للشفتين.
- في حالة الكسر الوضع نفسه في حالة النصب.
- في حالة الضم نجد أن وضع الفم في الوضع البيضاوي مع زيادة بــروز الشفتين قليلاً.



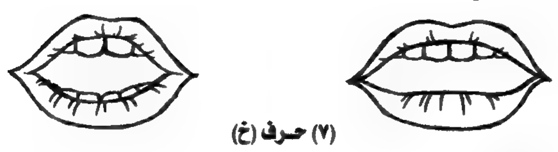


(٦) حــرف (ح)

مثال: حامد – حمار – حوش.

شكل الفم: يفتح الفم بشكل واسع.. واللسان يرجع قليلاً في الفم.

- في حالة النصب نجد أن فتحة الفم واسعة؛ واللسان يرجع إلى الخلف قليلاً في الفم.
- في حالة الكسر حيث تنفرج الشفتان بشكل أقل كثيرًا وتتقـارب الأسـنان السفلية إلى العلوية.
- في حالة الضم تبعد الأسنان قليلاً عن بعضها، بحيث يكون الحال بالنـسبة للأسنان كوسط بين حالة النصب والكسر؛ كما أن الشفتين تقتربان إلى شكل الدائرة.

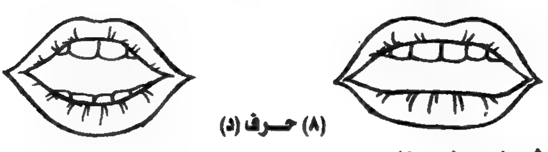


(٧) حـرف (خ)

مثال: خالد – خوخ – خيار.

شكل الفم: يفتح الفم بشكل واسع.. حيث إن ذلك الحرف يخرج من أقصى الحلق.

- في حالة النصب حيث يفتح الفم بشكل واسع.
- في حالة الكسر يضيق الفم المتمثل في شكل الشفتين، ويتقدم اللـسان إلـى وضع يرى معه من بين الأسنان.
- في حالة الضم يتأخر اللسان إلى الخلف في الفم، وتأخـذ الـشفتان شـكلاً بيضاويًّا.

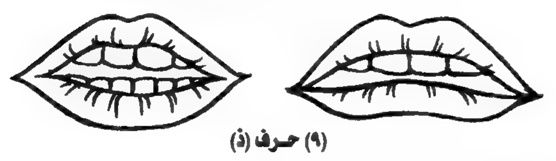


(٨) حـرف (د)

مثال: دار – ديك – دكان.

شكل الفم: يلمس اللسان اللثة؛ والشفتان تكونان في وضع ضيق.

- في حالة النصب يلمس اللسان اللثة؛ بحيث يلامس الأسنان العلوية من الخلف.. كما يلاحظ حركة خفيفة للشفتين.
- في حالة الكسر يُلاحظ اتساع قليل للشفتين.
- في حالة الضم يلاحظ اتساع قليل للشفتين مع انكماش قليل للشفتين.

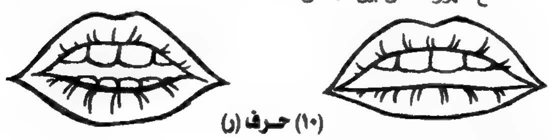


(٩) حـرف (ذ)

مثال: ذاكرة – ذنب – ذبابة.

شكل الفم: مقدمة اللسان بين الأسنان بشكل واضح.

- في حالة النصب يتراجع اللسان قليلاً.. والشفتان تظهران في وضع عاديّ يرى من خلالهما نصف حجم الأسنان.
- في حالة الكسر شكل اللسان بين الأسنان واضح؛ والشفتان تظهـران فـي وضع عادي.
- في حالة مقدمة اللسان بين الأسنان بشكل واضح؛ وتتشكل الـشفتان فـي وضع بيضاوي يخفي الأسنان السفلية تقريبًا ويظهر أطراف الأسنان العلوية مع ظهور اللسان بين الأسنان.

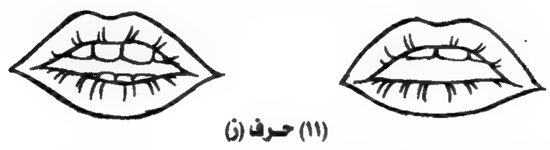


(١٠) حـرف (ر)

مثال: راض – ريحان – رخام.

شكل الفم: الشفتان على شكل بيضاوي.

- في حالة النصب تكون الشفتان على شكل بيضاوي؛ ويكون الفـم مفتوحًـا بشكل واضح.
- في حالة الكسر شكل الشفتين نفسه إلا أن الفم يضم قليلاً.
- في حالة الضم يحدث بروز للشفتين للأمام وتتقارب أسنان الفك العلوي مع أسنان الفك السفلي.. كما تلاحظ حركة اللسان من الداخل إلى أعلى الفم.

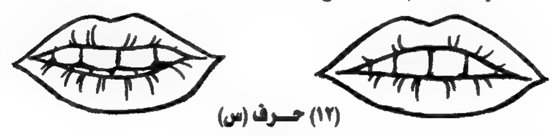


(١١) حـرف (ز)

مثال: زكاة – زحام – زحل.

شكل الفم: نجد أن فتحة الشفتين ضيقة؛ ويضغط مقدمة اللسان على الأسنان السفلية من الداخل.

- في حالة النصب نلاحظ انفراج قليل للشفتين وذلك بهبوط الشفة السفلية مع أسنان الفك السفلي قليلاً مما يظهر حركة في شكل الشفتين.
- في حالة الكسر يقل ذلك الانفراج قليلاً.
- في حالة الضم يحدث تجمع لزوايا الشفتين وتأخذان شكلاً بيضاويًا ضيقًا.



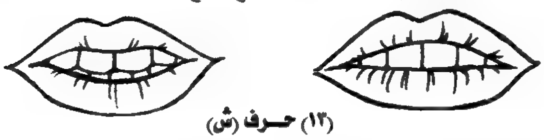
(١٢) حـرف (س)

مثال: ساسكو – سيد – سينما – سور.

شكل الفم: نجد أن فتحة الشفتين ضيقة.

- في حالة النصب نلاحظ أن انفراج الشفتين يكون قليلاً وتتلامس الأسـنان تقريبًا؛ وتدفع هواءً واضحًا.
- في حالة الكسر يقل انفراج الشفتين قليلا عنه في حالة النصب.

- في حالة الضم يحدث بروز للشفتين مع اندفاع الهواء.

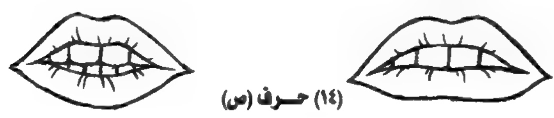


(١٣) حــرف (ش)

مثال: شادي – شيبوب – شيحة – شعاع.

شكل الفم: يأخذ الفم الوضع البيضاوي مع بروز الشفتين.

- في حالة النصب يرتفع اللسان وسط الفم وتبعد الأسنان السفلية عن العلوية ويندفع هواء منخفض إلى حدٍّ ما.
- في حالة الكسر يقل انفراج الشفتين قليلاً وتقترب الأســنان العلويــة مــن الأسنان السفلية.
- في حالة الضم تجتمع الشفتان على شكل بروز مع ظهور الهواء المنــدفع بين الشفتين.

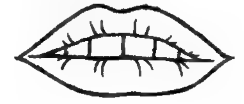


(١٤) حــرف (ص)

مثال: صياد – فصيح – صبار.

شكل الفم: نجد أن فتحة الشفتين ضيقة.

- في حالة النصب نلاحظ أن انفراج الشفتين يكون واضحًا نوعًا ما وينــدفع هواء قليل.
- في حالة الكسر يقل انفراج الشفتين عنه في حالة النصب.
- في حالة الضم يحدث بروز واضح للشفتين مع اندفاع الهواء إلى الخارج.



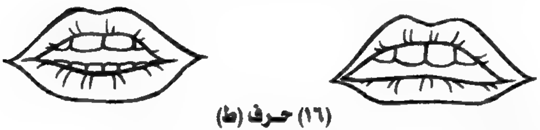


(١٥) حـرف (ض)

مثال: ضـاح – ضـار – يركضـون – يضج.

شكل الفم: يلمس اللسان اللثة، والشفتان تكونان في وضع ضيق ومرتاح.

- في حالة النصب يلامس اللسان اللثة ويكاد يغلق الهواء المندفع، ممـا قـد يظهر معه تقارب في زوايا الشفتين.
- في حالة الكسر يقل انفراج الشفتين عنه في حالة النصب.
- في حالة الضم يزداد بروز الشفتين للأمام.

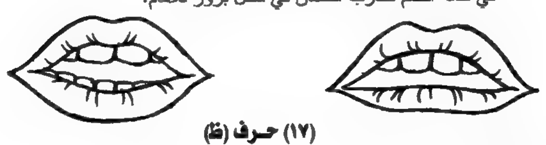


(١٦) حـرف (ط)

مثال: طاهر – طاقة – طويل – طفل – يطول.

شكل الفم: يلمس اللسان اللثة؛ والشفتان تكونان في وضع ضيق ومرتاح.

- في حالة النصب تتباعد قليلاً.
- في حالة الكسر يقل تباعد الشفتين عنه في حالة النصب وتتقارب.
- في حالة الضم تتقارب الشفتان في شكل بروز للأمام.



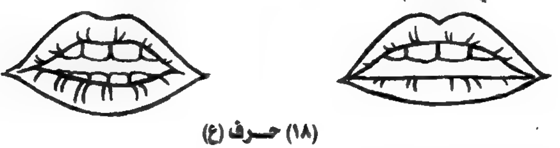
(١٧) حـرف (ظ)

مثال: ظالم – ظلال – منظور.

شكل الفم: مقدمة اللسان بين الأسنان.. ويخرج الهواء من أعلى الأسنان.

- في حالة النصب يلمس اللسان مؤخرة الأسنان العلوية.
- في حالة الكسر يبتعد اللسان قليلاً عن الأسنان.

- في حالة الضم يحدث بروز للشفتين وتقتربان من الانطباق معًا.

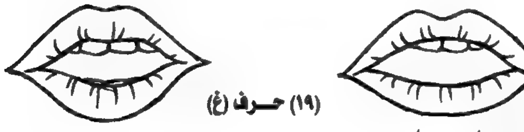


(١٨) حــرف (ع)

مثال: عبد – عباس – عثمان – عيد.

شكل الفم: تكون الشفتان مفتوحتين على شكل واضح.

- في حالة النصب نلاحظ انفراج الشفتين قليلاً.
- في حالة الكسر تنفرج الشفتان مع ملاحظة حركة اللسان، حيــث يتحــرك وسطه إلى أعلى وسط الفم .
- في حالة الضم تزداد الشفتان إلى الأمام.



(١٩) حــرف (غ)

مثال: غضبان – غراب – يغيب.

شكل الفم: تكون الشفتان مفتوحتين بشكل واضح.

- في حالة النصب تظل الشفتان مفتوحتين مع ارتفاع الأسنان.
- في حالة الكسر يقل انفراج الشفتين قليلاً عنه في حالة النصب مع ارتفــاع اللسان إلى أعلى قليلاً.
- في حالة الضم تنفرج الشفتان قليلاً ويزداد بروز الشفتين إلى الأمام.





(٢٠) حــرف (ف)

مثال: فارس – فائز – يفوح – فدية.

شكل الفم: ترتفع الشفة السفلى؛ وتلمس الأسنان العليا.

- في حالة النصب ترتفع الشفة السفلى مع اندفاع هواء واضح.
- في حالة الكسر يقل ارتفاع الشفتين مع اندفاع الهواء.
- في حالة الضم يزداد بروز الشفتين إلى الأمام.

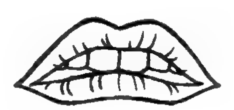
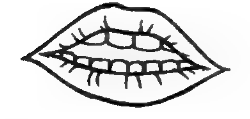



(٢١) حــرف (ق)

مثال: قاعد – قادر – يقول – قسط.

شكل الفم: تكون الشفتان مفتوحتين بشكل غير محدد.

- في حالة النصب يكون انفتاح الشفتين بشكل واضح.
- في حالة الكسر يكون انفراج الشفتين أقل منه في حالة النصب.
- في حالة الضم ينضم شكل الفم بحيث يقرب من الشكل البيضاوي.

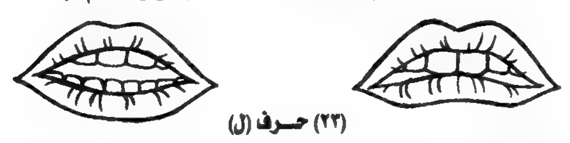
(٢٢) حــرف (ك)

مثال: كلب – كاتب – كشك – كتابة.

شكل الفم: تكون الشفتان مفتوحتين بشكل واضح.

- في حالة النصب يظل انفراج الشفتين، وينبسط اللسان داخل الفم.
- في حالة الكسر يقل انفراج الشفتين، ويرتفع اللسان داخل الفم إلى أعلى الفم.

- في حالة الضم تنضم الشفتان قليلاً؛ ويبتعد اللسان عن وسط الفم قليلاً.

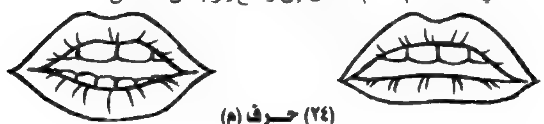


(٢٣) حــرف (ل)

مثال: لين – بلبلة – يلوم.

شكل الفم: يلمس اللسان اللثة العليا.. وتكون الشفتان على شكل بيضاوي.

- في حالة النصب تنفرج الشفتان؛ كما تظهر حركة اللسان داخل الفم.
- في حالة الكسر يقل انفراج الشفتين عنه في حالة النصب.
- في حالة الضم تنضم الشفتان إلى وضع يقرب من التلامس.

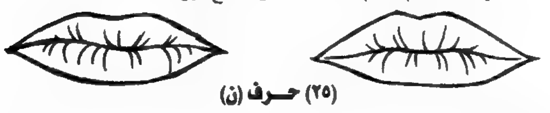


(٢٤) حــرف (م)

مثال: مصانع – مقبض – مرآة – موتور.

شكل الفم: تكون الشفتان مغلقتين بشكل طبيعي.

- في حالة النصب يكون الوجه هادئًا حيث تفتح الشفتان بشكل بسيط.
- في حالة الكسر يزيد الضغط على الشفة السفلى.. وتغلق الشفتان.
- في حالة الضم تنضم الشفتان ويظهر اندفاع للهواء.

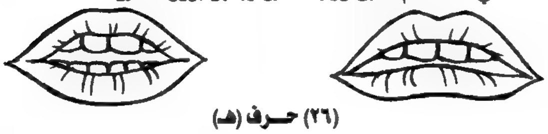


(٢٥) حــرف (ن)

مثال: نادي – نايف – النيل – نور.

شكل الفم: يلمس اللسان اللثة؛ وتكون الشفتان في وضع ضيق ومرتاح من غير انطباق.

- في حالي النصب تكون الشفتان مضمومتين.
- في حالة الكسر يكون الوضع نفسه في حالة النصب.
- في حالة الضم تنطبق زوايا الشفتين ويظهر بروز الشفتين.



(٢٦) حـــرف (هـ)

مثال: هيثم – هدى – هجرة.

شكل الفم: نجد أن فتحة الشفتين ضيقة.

- في حالة النصب تكون الشفتان مفتوحتين بشكل واضح، ويلاحـــظ ســـكون اللسان داخل الفم.
- في حالة الكسر الوضع نفسه في حالة النصب مع قلة انفراج الشفتين.
- في حالة الضم يزداد انكماش الشفتين.

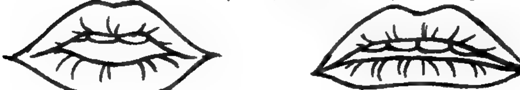


(٢٧) حـــرف (و)

مثال: والد – وليد – الحاوي – ودود.

شكل الفم: تكون الشفتان على شكل بيضاوي صغير.

- في حالة النصب تكون فتحة الشفتين واضحة.
- في حالة الكسر يقل انفراج الشفتين قليلاً عنه في حالة النصب.
- في حالة الضم تزداد الشفتان إلى الأمام.

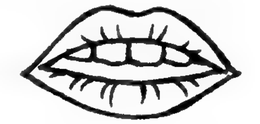


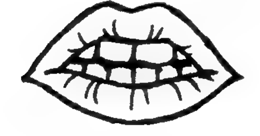
(٢٨) حرف (ي)

مثال: يمين – يسار – خبير.

شكل الفم: تكون الشفتان في وضع ضيق ومرتاح، وتقرب الأسنان من بعضها.

- في حالة النصب يظهر اللسان خلف الأسنان، وتكون الشفتان مفتوحتين بشكل واضح.
- في حالة الكسر الوضع نفسه في حالة النصب، ما عدا قلة انفراج الشفتين نوعًا ما.
- في حالة الضم يزداد بروز الشفتين إلى الأمام.





ثانيًا التواصل اليدوي: (الإشاري)



شكل رقم (١) السبت

شكل رقم (٢) الأحد

شكل رقم (٣) الاثنين

شكل رقم (٤) الثلاثاء

شكل رقم (٥) الأربعاء

شكل رقم (٦) الخميس

شكل رقم (٧) الجمعة

شكل رقم (٨) ساعة

شكل رقم (٩) شهر



شكل رقم (١٠)
سنة

شكل رقم (١١)
شتاء

شكل رقم (١٢)
صيف

شكل رقم (١٣)
الليل

شكل رقم (١٤)
الفجر

شكل رقم (١٥)
النهار

شكل رقم (١٦)
غدًا

شكل رقم (١٧)
في الماضي

شكل رقم (١٨)
عيد



شكل رقم (١٩)
اليوم

شكل رقم (٢٠)
أسبوع

شكل رقم (٢١)
أب

شكل رقم (٢٢)
أم

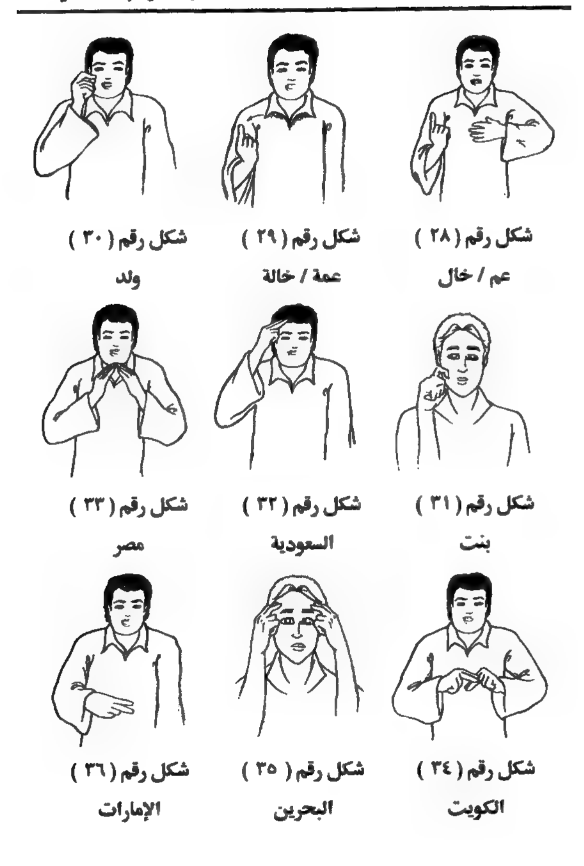
شكل رقم (٢٣)
جد

شكل رقم (٢٤)
جدة

شكل رقم (٢٥)
أخ

شكل رقم (٢٦)
أخت

شكل رقم (٢٧)
طفل



شكل رقم (٢٨)
عم / خال

شكل رقم (٢٩)
عمة / خالة

شكل رقم (٣٠)
ولد

شكل رقم (٣١)
بنت

شكل رقم (٣٢)
السعودية

شكل رقم (٣٣)
مصر

شكل رقم (٣٤)
الكويت

شكل رقم (٣٥)
البحرين

شكل رقم (٣٦)
الإمارات



شكل رقم (٣٧)
قطر

شكل رقم (٣٨)
عُمان

شكل رقم (٣٩)
اليمن

شكل رقم (٤٠)
الأردن

شكل رقم (٤١)
سوريا

شكل رقم (٤٢)
فلسطين

شكل رقم (٤٣)
أمريكا

شكل رقم (٤٤)
إسرائيل

شكل رقم (٤٥)
كوريا



شكل رقم (٤٦)
الهند

شكل رقم (٤٧)
ليبيا

شكل رقم (٤٨)
تونس

شكل رقم (٤٩)
الجزائر

شكل رقم (٥٦)
أبيض

شكل رقم (٥٧)
أسود

شكل رقم (٥٨)
أحمر

شكل رقم (٥٩)
أصفر

شكل رقم (٦٠)
أزرق



شكل رقم (٦١)
أخضر

شكل رقم (٦٢)
معهد الأمل

شكل رقم (٦٣)
المدير

شكل رقم (٦٤)
مدرس

شكل رقم (٦٥)
اجتماع

شكل رقم (٦٦)
باب

شكل رقم (٦٧)
سماعة

شكل رقم (٦٨)
شنطة

شكل رقم (٦٩)
كتاب



شكل رقم (٧٠)
قلم رصاص

شكل رقم (٧١)
الطالب

شكل رقم (٧٢)
مسجد

شكل رقم (٧٣)
يتوضأ

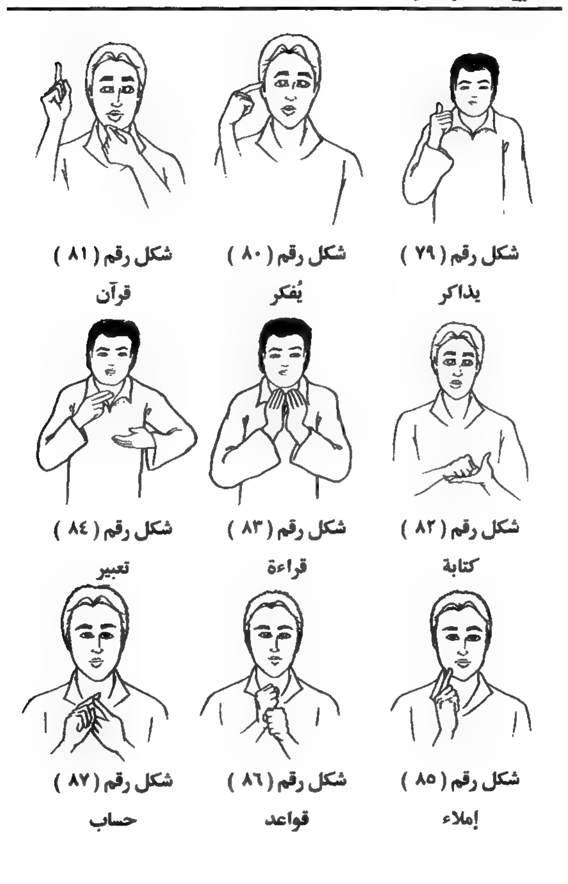
شكل رقم (٧٤)
يُصلي

شكل رقم (٧٥)
سبورة

شكل رقم (٧٦)
طباشير

شكل رقم (٧٧)
آلة كاتبة

شكل رقم (٧٨)
لوحة



شكل رقم (٧٩)
يذاكر

شكل رقم (٨٠)
يُفكر

شكل رقم (٨١)
قرآن

شكل رقم (٨٢)
كتابة

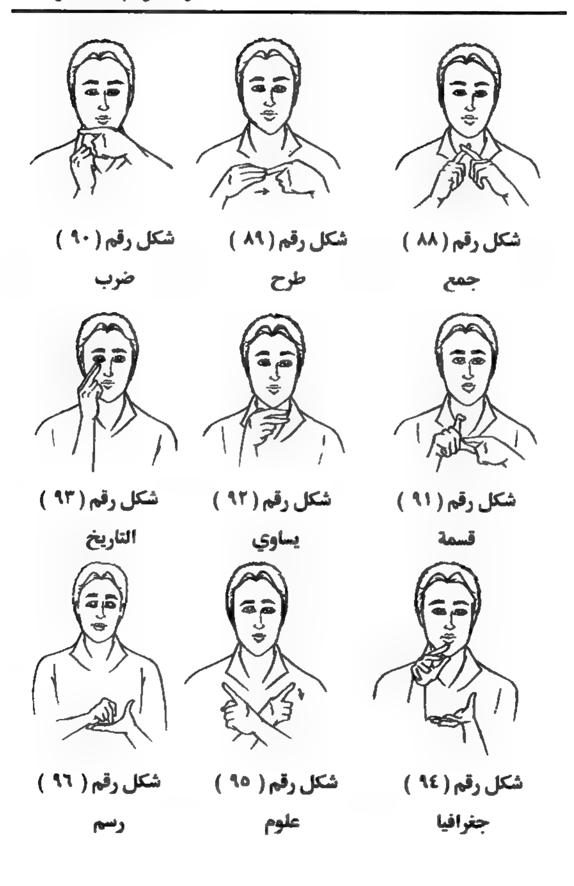
شكل رقم (٨٣)
قراءة

شكل رقم (٨٤)
تعبير

شكل رقم (٨٥)
إملاء

شكل رقم (٨٦)
قواعد

شكل رقم (٨٧)
حساب



شكل رقم (٨٨)
جمع

شكل رقم (٨٩)
طرح

شكل رقم (٩٠)
ضرب

شكل رقم (٩١)
قسمة

شكل رقم (٩٢)
يساوي

شكل رقم (٩٣)
التاريخ

شكل رقم (٩٤)
جغرافيا

شكل رقم (٩٥)
علوم

شكل رقم (٩٦)
رسم



شكل رقم (٩٧)
فقه

شكل رقم (٩٨)
توحيد

شكل رقم (٩٩)
الإنجليزية

شكل رقم (١٠٠)
الهندسة

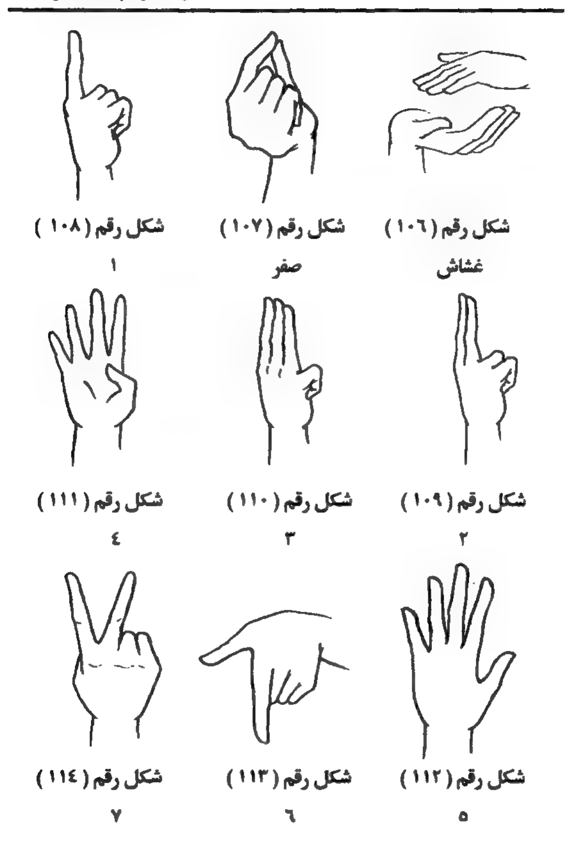
شكل رقم (١٠١)
اختبار

شكل رقم (١٠٢)
الأول

شكل رقم (١٠٣)
جيد

شكل رقم (١٠٤)
سيئ

شكل رقم (١٠٥)
جاهل



شكل رقم (١٠٦)
غشاش

شكل رقم (١٠٧)
صفر

شكل رقم (١٠٨)
١

شكل رقم (١٠٩)
٢

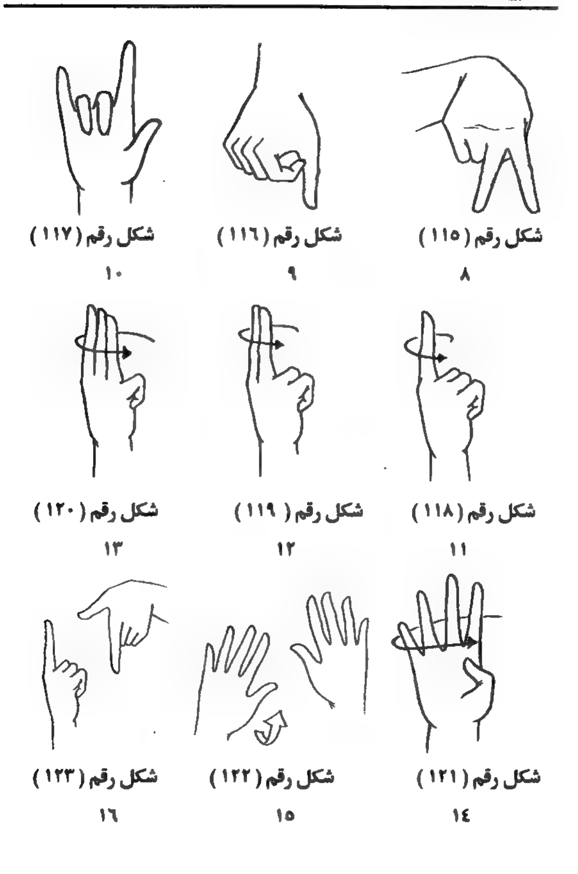
شكل رقم (١١٠)
٣

شكل رقم (١١١)
٤

شكل رقم (١١٢)
٥

شكل رقم (١١٣)
٦

شكل رقم (١١٤)
٧



شكل رقم (١١٥)
٨

شكل رقم (١١٦)
٩

شكل رقم (١١٧)
١٠

شكل رقم (١١٨)
١١

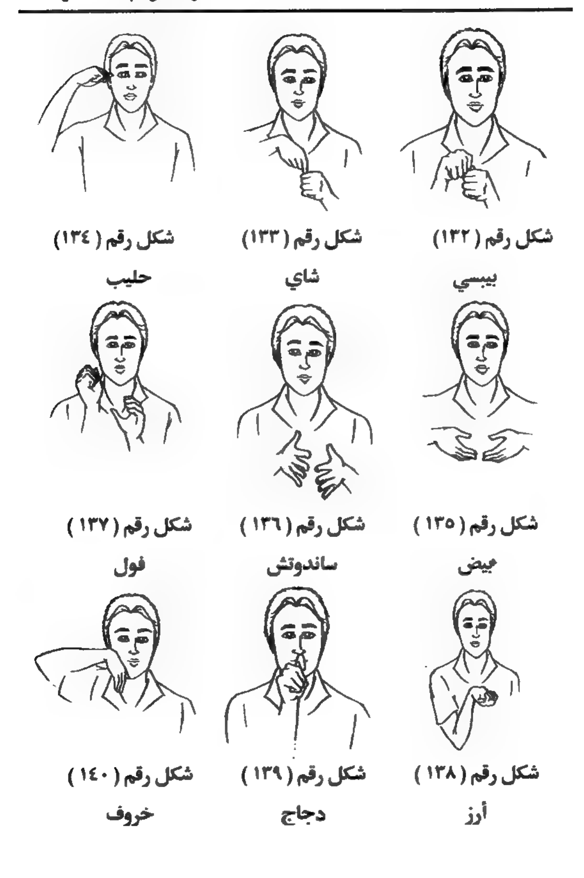
شكل رقم (١١٩)
١٢

شكل رقم (١٢٠)
١٣

شكل رقم (١٢١)
١٤

شكل رقم (١٢٢)
١٥

شكل رقم (١٢٣)
١٦



شكل رقم (١٣٢)
بيبسي

شكل رقم (١٣٣)
شاي

شكل رقم (١٣٤)
حليب

شكل رقم (١٣٥)
بيض

شكل رقم (١٣٦)
ساندوتش

شكل رقم (١٣٧)
فول

شكل رقم (١٣٨)
أرز

شكل رقم (١٣٩)
دجاج

شكل رقم (١٤٠)
خروف



شكل رقم (١٤١)
لحم

شكل رقم (١٤٢)
خبز

شكل رقم (١٤٣)
يأكل

شكل رقم (١٤٤)
يشرب

شكل رقم (١٤٥)
موز

شكل رقم (١٤٦)
تفاح

شكل رقم (١٤٧)
عنب

شكل رقم (١٤٨)
سمك

شكل رقم (١٤٩)
برتقالة



شكل رقم (١٥٠)
زبدة / جبن

شكل رقم (١٥١)
جميل الطعم

شكل رقم (١٥٢)
آيس كريم

شكل رقم (١٥٣)
زيت

شكل رقم (١٥٤)
معزوم

شكل رقم (١٥٥)
أنا

شكل رقم (١٥٦)
أنت

شكل رقم (١٥٧)
هو

شكل رقم (١٥٨)
هي



شكل رقم (١٥٩)
هُما

شكل رقم (١٦٠)
هُم

شكل رقم (١٦١)
هُن

شكل رقم (١٦٢)
نحن

شكل رقم (١٦٣)
هذا

شكل رقم (١٦٤)
هذه

شكل رقم (١٦٥)
هذان

شكل رقم (١٦٦)
هاتان

شكل رقم (١٦٧)
هؤلاء

برنامج

الإعداد المهني



برنامج الإعداد المهني:

يمر المعاق بفترة حرجة تكون مشحونة بالتغيرات والتقلبات؛ وهي فترة المراهقة، وخاصة إذا نظرنا إلى هذه الفترة من الناحية الوظيفية. لذلك فإن برامج التربية الخاصة يجب أن تركز على إعداد المعاق ليتجاوز هذه الفترة الحرجة من حياته ضمن الاهتمام بمنهج تعليمي حيوي ويومي، وتطوير إمكانات الفرد في جميع المجالات لا سيما المجال المهني. وقد دأبت البرامج الخاصة على تهيئة المُعاق (إعاقة بسيطة؛ أو متوسطة) والقابل للتعليم إعدادًا تعليميًا ومدرسيًا. وحتى المعاق إعاقة شديدة فإنه قابل لتحمل مسؤولية أي مهنة؛ علمًا بأن أغلب المهارات المهنية تتطلب مستوى مُعين من الإدراك والتكيف الاجتماعي. غير أن هُناك مهنًا بسيطة لا تتطلب الكثير من التركيز والتنسيق الحركي البصري؛ ولا تتطلب وقتًا أو تكاليف باهظة، وعلى سبيل المثال: (تصنيف الألوان، طي صناديق الكرتون، تعبئة أكياس، قطف ثمار، تعبئة مُعلبات، تصنيف فاكهه، وخضار) وتلك المهن البسيطة يُمكن أن تكون حقلاً واسعًا لتوظيف إمكانات المعاق؛ وذلك لأنه من الخطأ تبني القاعدة القائلة إن المعاق ميؤوس منه؛ وعاجز عن القيام بأي عمل مُجدٍ.

إن أكثر المُراهقين يُقيمون بشكل دائم مع أهلهم في غُرف خاصة؛ ونادرًا ما يتمكنون من مُغادرتها خوفًا على تورطهم بما لا قُدرة لهم عليه. وقد أهملت أكثر البرامج التربوية الخاصة؛ لذلك يجب وبمُساعدة الأهل إعداد المعاق أكاديميًا ومهنيًا من أجل تأهيله للقيام بالوظائف والمهارات التي تتطلب حدًا أدنى من القراءة والكتابة والحساب، وأن يلتزم التلميذ بالمبادئ العامة للسلامة داخل البيت؛ وفي الشارع، وبين أفراد المُجتمع.

الإعداد المهني:

· الإعداد المهني هو كُل نشاط ذي جدوى اقتصادية يُساعد على توفير حاجات الإنسان، ولا يُمثل كُل عمل يدوي أو ذهني إعدادًا مهنيًا. وينبغي أن نُفرق بين العلاج بالعمل الذي يرمي إلى التغلب على بعض الاضطرابات مثل اللعب الانفعالي؛

أو ترسيخ بعض السلوكيات مثل ضبط النفس؛ والإعداد المهني من ناحيـة أخـرى؛ والذي يرمي إلى تعاطي نشاط يكفل لصاحبه العيش الكريم.

تقويـم المُعـاق:

تتضمن أكثر الفحوصات تحديد مستوى الذكاء؛ وتحديد مدى مهارتـه فـي أداء عمل ما؛ وتقويمًا مُفصلاً للبيئة السلوكية العامة؛ والأمر الذي يجب تقويمه هو مدى اهتمام المعاق بالنشاط الذي يقوم به، ومدى تركيزه على دقائق الأمـور، ومـدى التزامه بالإرشادات؛ وإضافة إلى إجراء اختبارات الذكاء ومدى إنجازه عينة العمل؛ والتحكم في سلوكه.

يجب أن يتم تدريس النشاطات المهنية كجُزء من المنهاج العام، وكمادة أساسـية في البرنامج الفردي لكُل طالب، وتعديل البرامج حسب الحاجة، كما يجب التنـسيق الكامل ما بين مُدرب المهنة، ومُعلم الفصل لكي يصير إلى دراسة كفاءات الطالب، ومدى تمكنه من إنجاز المطلوب، وذلك بإشراك الأهل.

مراحل الإعـداد المهني:

١ـ التدريب اليـدوي:

تشترك كُل الحرف اليدوية في بعض الحركات الرئيسية مثل: تحريك اليـدين، وطرق الحديد، وضرب المسامير، وبرد الخشب، وتلميع الجلود، وعمليـات الفـك والتجميع، وتتطلب قياس الأبعاد، والمساحات، ووضع نقاط وخيوط داخلها بقـصد مُقارنتها أو تجزئتها.

٢ـ تنمية القوة البدنية العامة:

تُساعد الرياضة على تنمية القوة البدنية؛ كما يُمكن للمُدرب أن يعتمد على بعض التمارين الخاصة.

٣ـ تنمية سُـرعة الحركات:

يستفيد المُتدربون من مجموعة من التمارين ترمي إلى تنمية سرعة الحركـات مثل: إفراغ علبة المسامير قطعة بقطعه في وقت مُناسب؛ ولف خيط على بكـرة؛ وجمع أوراق مُختلفة الألوان والأحجام وترتيبها.

٤ـ تنميــة دقــة الحـركات:

مثل إدخال مجموعة من الخرز في خيط في وقت مُحدد، وإدخال الخيط في الإبرة في وقت مُحدد، وإصابة أهداف يزيد بُعدها حسب التمــارين، وقــص أوراق علـــى الخطوط المختلفة، وأخذ حبات دقيقة ووضعها في إناء؛ وتنمية القُدرة علـــى تنــسيق الحركات، مثل: فتح أزرار وإغلاقها ، أو عد مسامير في وقـــت محـــدد، أو صُــنع أشكال بالصلصال، لصق أوراق صناعية لصُنع زهور.

يُحلل النشاط في بادئ الأمر إلى عدة أجزاء، ثُم تدريجيًا يجري حفظ عـــدد تلـك الأجزاء ليتمكن من القيام بها بأقل خطوات، كما يُدرب المعاق على القيام بأداء نشاط جديد واحد كُل مرة، وتُضاف أنشطة جديدة بعد التأكد من مقدرتها على إنجاز النشاط السابق.

التدريب ما قبل المهني يهدف إلى إطلاع المُتدرب على عدد من المهن التي يجب أن يختار ما يرغب منها، وما يُناسبه، ويمر المُتدرب ما قبـل المهنـــي بعـــدد مـــن الورشات الموجودة والمتوافرة في مركز التدريب، ثُم يتوجه في نهاية التدريب ما قبل المهني إلى أحد الاختصاصات، مع مُراعاة ميوله وقُدراته وإشراك الأهل في ذلك.

بعـض المبـادئ للإعــداد المهنـي:

التركيز على الإعداد المهني في النشاطات ذات الجدوى الاقتصادية. ومن الأفضل ألا يُفرض نسق مُوحد للتدريب؛ بل يجب مُراعاة إمكانـــات الـــتعلم لكُـــل مُتـــدرب؛ والاهتمام بسلوك العمل – المواظبة – احترام الوقت – التعاون – الترتيب – خلـــق حوافز الإنتاج بتسويق إنتاج العمل.

يتم توجيه الطالب إلى اكتساب مهنة مُعينة تتناسب مع رغباته وكفاءاتـــه ومـــع احتياجات السوق المهنية؛ وفشل المعاق أو تقصيره في الحياة المهنيـــة فـــي أكثـــر الأحيان يكون سببه عجزه عن القيام بالنشاطات الاجتماعية والاتصالات الفردية مع أداء عمله. ويكون ذلك مقبولاً؛ أما عجزه عن إقامة العلاقات الرفاقية المناسبة مـــع

زُملائه يحول دون نجاحه في مهنته؛ لذلك يجب تحـضير المعـاق مـن الناحيـة السلوكية والاجتماعية والأكاديمية لكي يتمتع بأكبر قسط من الاستقلالية.

أما عندما يفشل في التقويم المهني للعمل في الوظائف العامـة وفـي الـسوق التوظيفية العامة، فيجب عند ذلك دراسة إمكان إلحاقه بـالورش المحميـة؛ وأهـم الأسباب التي تُؤدي إلى الفشل في الالتحاق بالورش العامة هي ما يلي:

١- الخوف وعدم التمكن من الإجابة عن الأسئلة.
٢- جهله وعدم خبرته بمثل هذه الأسئلة.
٣- نسيان أوراق الثبوتية.
٤- صعوبة في متابعة الأسئلة.
٥- الرفض للخضوع لفحوصات معينة.
٦- عدم الرغبة في المهنة.
٧- إهمال في مواعيد المقابلات.

لذلك يجب أخذ كل العوامل بعين الاعتبار حتى نقوم بإعداد البرنامج الفـردي لكـل مراهق.

مجـالات العمـل:

١- عامل بناء، وعامل صيانة، وبواب، ونجار، ومـساعد نجـار، وعامـل فـي التركيب أو جمع القطع، وحفار، وخلاط أسمنت، وصب حجـارة، ومُـساعد مُمرض، وحاجب، ومُساعد مُدلك، ومُساعد في باص، وخادم فـي مستـشفى، ومُنظف، ومُجلد كتب، ومُساعد مطبعي، ومُساعد في تظهير الأفلام، ومصنف ورق، ومُساعد خباز، وتحضير حلويات، ومـضيف، وعامـل فـي إعـداد الأدوات المنزلية، ومُصنف لحوم، وعامل تنظيف أدوات، ومُنظـف ملابـس، وكيُّ ملابس، مُصنف أقمشة، مُساعد متجر، تصليح سيارات وتركيـب قطـع غيار، ومُركب عجلات، ودواليب، ومغير زيت للـسيارات، ومُـساعد فـي تصليح الأجهزة الكهربائيـة والتكييـف والتدفئـة، وعامـل فـي التـصوير

الإشعاعي، ومُساعد في تنظيم واستقبال الضيوف، وعامل في تصليح الآلات الزراعية، ومُشرف على أحواض الزرع، ومُشرف على الخيم الزراعية، ومُنسق أزهار، ومُربي طيور، وحالب حيوانات، وساقي مزروعات، وصائد أسماك، ومُنظف سمك، وبائع سمك، ومُعدّ أسماك، مُعدّ طيور، ومُنظف أحواض السمك، والدواجن، والطيور، وعامل مكتبة.

وهُناك العديد والعديد من المهن التي يُمكن للمعاق أن يُوظف إمكاناته بها بعد تهيئته بشكل كافٍ، نفسيًا ومهنيًا واجتماعيًا.

خطوات التأهيل المهني:

يضمن برنامج التأهيل المهني ثلاث خطوات:

١- **التوجيه:** وهو عملية مساعدة الفرد والكشف عن مواهبه وقدراته وميوله، ومقارنتها بالفرص المتاحة له، ومساعدته على إيجاد مكان لنفسه في المجتمع.

٢- **التدريب:** إعطاء الفرد فرصة للتدريب على الأعمال التي تبينت عن طريق التوجيه.

٣- **التشغيل:** إيجاد فرص العمل المناسبة مع مراعاة قدراته.

قبل التأهيل المهني الذي تحدثنا عنه يجب أن يكون المعاق قد مر بمرحلة ما قبل التأهيل المهني (تدريب ما قبل العمل) من الرعاية الذاتية، ومهارات الحياة اليومية والاجتماعية، وحب المشاركة، وأخذ الدور، والتصرف اللائق، والدقة، والاستماع للتعليمات، والتدريب على بعض الأعمال البسيطة مثل استعمال النقود وإرجاع الباقي للزبائن والتعرف على العملة وكتابة بعض الأرقام واستخدام الهاتف وحل مسائل حسابية بسيطة وحمل رسائل شفهية بسيطة.

موجز عن إعداد البرامج المهنية:

- الرعاية الذاتية والاهتمام بالصحة والنظافة.

- الحياة الاجتماعية مع البيئة.
- التحرك داخل المجتمع والتنقل.
- التداول بالعملة.
- القيام بالمشتريات.
- المعرفة بالبيع.
- القدرة على التواصل.

معلومات عن نوع الحرف التي سيشغلها مستقبلاً وسلوكيات هذا العمــل مثــل: النجارة – الخياطة – أعمال البساتين – مغاسل الثياب – الفندقية – الحدادة – صيد السمك – الزراعة ... إلخ.

تدريبات رياضية ملائمة مع نوع الحرف التي سيعمل بهــا تبــدأ بالمهــارات الأساسية لأي عمل، سواء كانت يدوية أم اجتماعية، ويتم تعديل البرنامج التدريبي الخاص لكل معاق تبعًا لتقدمه أو تأخره.

التدريب على اكتساب اتجاهات إيجابيــة نحــو العمــل مثــل: الدقــة – اتبــاع التعليمات – الحضور بالمواعيد – الاستقرار – تلقي الأوامر.

يجب أن يكون المعاق قد تجاوز ١٢ سنة من عمره ليبــدأ بالتــدريب المهنـــي (تأهيل).

من عمر ١٢ حتى١٧: تدريب أساسي لا تقل مدة التدريب عن سنة ونصف.
من ١٧ حتى ١٩: إعداد نهائي.
مُدة التدريب لا تقل عن ١٨ شهرًا حسب قدراته ومستوى ذكائه وتعاون الأهل.


المراجع



المراجع References

١- أ.د أبو النجا أحمد عز الدين؛ د. عمر حسن أحمد بدران: ذوو الاحتياجات الخاصة. مكتبة الإيمان ٢٠٠٣م.

٢- د. أحمد عفت قرشم: مهارات التدريس لمعلمي ذوي الاحتياجات الخاصة النظرية والتطبيق. مركز الكتاب للنشر ٢٠٠٤م.

٣- د. السيد محمد فرحات – أستاذ الصحة النفسية المساعد: محاضرات في سيكولوجية الفئات الخاصة. كلية التربية، جامعة الزقازيق.

٤- د. محمد أحمد إبراهيم سعفان: محاضرات في التربية الخاصة لغير العاديين. كلية التربية – جامعة الزقازيق.

٥- د. إيهاب الببلاوي: محاضرات في سيكولوجية الكفيف والأصم. كلية التربية جامعة الزقازيق.

٦- أ.د محمد محمد بيومي خليل – أستاذ الصحة النفسية ووكيل كلية التربية جامعة الزقازيق: محاضرات في سيكولوجية المتأخرين.

٧- سلسلة تطوير التعليم تأليف كريستين ماكنتاير، ترجمة د. خالد العامري: أهمية اللعب للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

٨- د. عطية عطية محمد – مدرس الصحة النفسية: سيكولوجية الصم. كلية التربية، جامعة الزقازيق.

٩- أحمد السعيد يونس وآخرون (١٩٨٢): الطفل المعاق ورعايته طبيًا ونفسيًا واجتماعيًا. القاهرة، دار الفكر العربي.

١٠- إبراهيم عباس الزهيري (١٩٩٨): فلسفة تربية ذوي الحاجات الخاصة ونظم تعليمهم. القاهرة. مكتبة زهراء الشرق.

١١- السيد محمد فرحات (١٩٨٥): فقدان أحد أعضاء الجسم وعلاقته ببعض سمات الشخصية لدى المعوقين جسميًا، (رسالة دكتوراه). غير منشورة. كلية التربية، جامعة الزقازيق.

١٢- سعد الدين إبراهيم (١٩٨١): قضية المعاقين في الوطن العربي.. الملامح والمعالجة. مجلة المستقبل العربي ع (٣). السنة (١٢).

١٣- شاكر عطية قنديل (١٩٨١): تربية المعوقين انفعاليًا والمشكلين سلوكيًا؛ جامعة المنصورة. مجلة كلية التربية. ع (٤)؛ ج (١).

١٤- عبد الرحمن سليمان (١٩٩٨): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة. القاهرة. مكتبة زهراء الشرق.

١٥- عبد العزيز الشخص (١٩٨٦): دراسة اتجاهات بعض العاملين في مجال التعليم نحو المعوقين. القاهرة. مجلة دراسات تربوية. رابطة التربية الحديثة. المجلد (١). جزء (٤).

١٦- عبد الرحيم عبد المجيد (١٩٩٧): تنمية الأطفال المعاقين. القاهرة. دار غريب.

١٧- فاروق عبده فليه (١٩٩٠): التربية في مواجهة تحديات التنمية. القاهرة. الأنجلو المصرية.

١٨- لطفي بركات أحمد (١٩٧٨): الفكر التربوي: تربية الطفل الكفيف. القاهرة. مكتبة الخانجي.

١٩- هدى محمد قناوي (١٩٨٢): الكتابة للطفل الأصم. ندوة الطفل المعاصر. القاهرة. الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٢٠- وزارة التربية والتعليم (١٩٩٥): المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة (الوضع الراهن). القاهرة, الإدارة العامة للتربية الخاصة. أكتوبر.

٢١- أحمد عزت راجح (١٩٩٥): أصول علم النفس. القاهرة. المكتب المصري الحديث.

٢٢- يحيى الدكوري (١٩٨٥): الإرشاد والعلاج النفسي بين النظرية والتطبيق. ترجمة: طالب الخفاجي. مكة المكرمة. المكتبة الفيصلية.

٢٣- حامد زهران (١٩٧٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة. عالم الكتب.

٢٤- ريتشارد لازاروس (١٩٨٤): الشخصية. ترجمة: سيد محمد غنيم. القاهرة. دار الشرق.

٢٥- سعد جلال (١٩٧٠): في الصحة العقلية – الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. القاهرة. دار الفكر العربي.

٢٦- سيد محمد غنيم (١٩٨٧): سيكولوجية الشخصية. القاهرة. دار النهضة العربية.

٢٧- صموئيل مغاريوس (١٩٧٤): الصحة النفسية والعمل المدرسي. القاهرة. دار النهضة العربية.

٢٨- عبد العزيز القوسي (١٩٨٠): أسس الصحة النفسية. القاهرة. دار النهضة المصرية.

٢٩- ممدوحة محمد سلامة (١٩٨٥): الإرشاد النفسي – منظور نمائي. القاهرة. الأنجلو المصرية.

٣٠- محمد سامي هنا (١٩٧٨): الشخصية السوية والمرضية. القاهرة. دار الثقافة للطباعة والنشر.

٣١- مصطفى فهمي (١٩٦٥): سيكولوجية الأطفال غير العاديين. القاهرة. مكتبة مصر.

٣٢- أحمد زكي صالح: علم النفس التربوي. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية؛ ط١٠ ١٩٧٥م.

٣٣- أحمد عزت راجح: علم النفس الصناعي. القاهرة. الدار القومية للطباعة والنشر. ١٩٦٥م.

٣٤- الربيع ميمون: نظرية القيم في الفكر المعاصر بين النسبة والمطلقية. الشركة الوطنية للنشر والتوزيع. الجزائر ١٩٨٠.

٣٥- انتصار يونس: السلوك الإنساني. القاهرة. دار المعارف. ١٩٨٧م.

٣٦- بدر عمر: دراسة تجريبية وجود الطلاب المتفوقين في فصول خاصة؛ وأثرها على زيادة تحصيلهم الدراسي وسهولة توافقهم الشخصي والاجتماعي رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية - جامعة الكويت. ١٩٧٦م.

٣٧- توفيق مرعي: الميسر في علم النفس الاجتماعي. الأردن. دار الفرقان للنشر والتوزيع. ١٩٨٤.

٣٨- جابر عبد المجيد جابر: كراسة تعليمات مقياس التفضيل الشخصي. القاهرة. دار النهضة العربية. ١٩٧٣م.

٣٩- حلمي المليجي: علم النفس المعاصر. بيروت. دار النهضة العربية للطباعة والنشر. ط٢. ١٩٧٢م.

٤٠- حامد عبد العزيز الفقي: التأخر الدراسي تشخيصه وعلاجه. القاهرة. عالم الكتب. ط٣. ١٩٧٤م.

٤١- حامد عبد السلام زهران: علم النفس الاجتماعي. القاهرة. عالم الكتب. ط٤. ١٩٧٧م.

٤٢- حامد عبد السلام زهران، إجلال سري: القيم السائدة المرغوبة في سلوك الشباب. بحث ميدان في البيئتين المصرية والسعودية. منشور بمجلد المؤتمر الأول لعلم النفس؛ القاهرة. إبريل. ١٩٨٥م.

٤٣- رجاء محمود أبو علام. الفروق الفردية وتطبيقاتها التربوية. الكويت. دار القلم. ١٩٨٣م.

٤٤- سيد صبحي: التوافق النفسي للمراهق والمراهقة (في واحة البلويطي) وعلاقتها بسلوكها الاجتماعي. صحيفة التربية. العدد الأول السنة الثلاثون. ١٩٧٧م.

٤٥- صموئيل مغاريوس: الصحة النفسية والعمل المدرسي. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية. ١٩٧٤م.

٤٦- صلاح مخيمر وآخرون: سيكولوجية الشخصية (دراسة الشخصية وفهمها) القاهرة. الأنجلو المصرية. ١٩٦٨م.

٤٧- طلعت منصور غبريال: الدافعية بين التنظير والنمذجة (دراسة تحليلية) الكويت. عالم الفكر. العدد الثاني. ١٩٧٨م.

٤٨- عبد العزيز القوصي: أسس الصحة النفسية. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية ١٩٨١. ط٢.

٤٩- عبد السلام عبد الغفار: التفوق العقلي والابتكار. القاهرة. دار النهضة العربية. ١٩٧٧م.

٥٠- فؤاد أبو حطب، جابر عبد الحميد جابر: كراسة تعليمات قائمة الشخصية. القاهرة. دار النهضة العربية. د.ت.

٥١- فوزية دياب: القيم والعادات الاجتماعية. القاهرة. دار الفكر العربي للطباعة والنشر. ١٩٦٦م.

٥٢- فرج عبد القادر طه: علم النفس الصناعي والتنظيمي. بيروت. دار النهضة العربية للطباعة والنشر. ١٩٨٦م.

٥٣- كمال سالم سالم: الفروق الفردية لدى المعاقين وغير العاديين. الرياض. مكتبة الصفحات الذهبية. ١٩٨٨م.

٥٤- كوفيل وزملاؤه: علم النفس الشواذ: ترجمة محمد الزيادي. مراجعة السيد خيري. القاهرة. دار النهضة العربية. ١٩٦٧م.

٥٥- كمال محمد دسوقي: علم النفس ودراسة التوافق. بيروت. دار النهضة العربية للطباعة والنشر. ١٩٧٦.

٥٦- مصطفى خليل الشرقاوي: علم الصحة النفسية. بيروت. دار النهضة العربية للطباعة والنشر. ١٩٨٣م.

٥٧- محمد عماد الدين إسماعيل: الشخصية والعلاج النفسي. القاهرة. مكتبة النهضة المصرية. ١٩٥٩م.

٥٨- مديحة محمد المغربي: مفهوم الذات للقدرة الأكاديمية لدى المتفوقين والمتأخرين تحصيليًا وعلاقتها بمستوى التحصيل الدراسي والتقييم المدرك من الآخرين. بحث منشور بمجلد المؤتمر الأول لعلم النفس. القاهرة. إبريل. ١٩٨٥م.

٥٩- محمد محمد بيومي خليل: مستوى الطموح ومستوى القلق وعلاقتهما ببعض سمات الشخصية لدى الشباب الجامعي. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية - جامعة الزقازيق. ١٩٨٤م.

٦٠- محمد نسيم رأفت: دراسة مقارنة عن شخصية المتفوقين والعاديين بين طلبة وطالبات المدارس الثانوية العامة. القاهرة. المجلد الاجتماعية القومية. المجلد الرابع. ١٩٦٧

٦١- نعيم الرفاعي: الصحة النفسية - دراسة في سيكولوجية التكيف. دمشق. جامعة دمشق. ١٩٨٢م.

٦٢- وليم الخولي: الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي. القاهرة. دار المعارف. ١٩٧٦م.

٦٣- هول ك. وليندري: نظريات الشخصية. ترجمة فرج أحمد فرج وآخرون. القاهرة. الكويت. دار الشايع للنشر. ط٢. ١٩٧٨.

الفهـــرس	رقم الصفحة

تربية الطفل المعاق

خلق الله عز وجل البشر وجعلهم خلفاء في الأرض؛ فخلق الأصحاء الأسوياء، وخلق المعاقين، ولكل منهما دوره في الحياة، فليس معنى أن الطفل المعاق وُلد معاقًا أن ينتهي دوره في الحياة، وينظر الناس إليه نظرة إشفاق، فبداخله قوة كامنة يجب أن يتم توجيهها إلى طريقها الصحيح.

ولكن حتى يكون له الدور المؤثّر يجب أن تتم تربيته تربية سليمة واعية، فاختلاف الإعاقة ما بين إعاقة الحركة والسمع والبصر والإعاقة بأمراض مزمنة، والإعاقة الاجتماعية والإعاقة الذهنية، وكل هذا يجعل المسئولية متباينة بين طفل وآخر؛ حتى لا يشعر هذا الطفل بأنه يختلف عن الأطفال الآخرين الأسوياء.

والكتاب الذي بين أيدينا يقدم الطريقة المثلى لتربية الطفل المعاق، بداية من تعريف المعاق، وأسباب الإعاقة وأنواعها، والمشكلات التي أن تواجه الأسرة، وكيفية حلها، والإشارات الشفهية واليدوية التي يستـ الصم في التعاملات اليومية. كل هذا حتى ينشأ الطفل وعنده أهداف يريد أن يحققها في حياته.









ISBN 977-408-406-3





www.daralfarouk.com.eg

